



TIPO DE POLÍTICA: Departamental

LUGAR: Centro Médico JFK & Instituto de Rehabilitación Johnson

TÍTULO DE LA POLÍTICA: Política de Asistencia Financiera & Política de Cobro/Facturación

FECHA DE VIGENCIA: 01/01/2016

FECHA DE REVISIÓN: 27/06/2017

Política de Asistencia Financiera

I. OBJETIVO:

El Sistema de Salud JFK, Inc., que incluye al Centro Médico JFK y al Instituto de Rehabilitación Johnson (en conjunto, "JFK"), se compromete a proporcionar los servicios de salud de calidad superior para nuestra comunidad y se esfuerza en asegurar que todos los pacientes reciban los servicios de salud esenciales ya sean de emergencia u otros servicios de salud necesarios independientemente de su posibilidad de pago.

II. POLÍTICA:

Esta Política de Asistencia Financiera ("PAF") detallará las políticas y las prácticas de asistencia financiera del JFK. Conforme a la PAF, el JFK está comprometido a proporcionar asistencia financiera a las personas con necesidades relacionadas con los servicios de salud que no cuenten con un seguro, que tengan un seguro de cobertura mínima, o que no reúnan los requisitos para acceder a otra asistencia del gobierno, o bien, que no puedan pagar por los servicios de emergencia o algún otro servicio de salud tomando como base su situación financiera particular.

El JFK deberá proporcionar, sin ningún tipo de discriminación, asistencia en caso de afecciones médicas de emergencia a todas las personas independientemente de si reúnen o no los requisitos para obtener asistencia financiera y de su posibilidad de pagar. Es política del JFK cumplir con los estándares de la Ley Federal de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto de 1986 ("EMTALA" por sus iniciales en inglés) y con las normas de la EMTALA al proporcionar un examen de pruebas médicas y el tratamiento posterior necesario para estabilizar a una persona con una condición médica de emergencia que se presente en la sala de urgencias solicitando atención. El JFK no realizará ninguna acción que impida a las personas buscar asistencia médica de emergencia, como por ejemplo exigir a los pacientes del departamento de urgencias que paguen antes de recibir tratamiento en caso de una urgencia o al permitir actividades relacionadas con el cobro de deudas en el departamento de urgencias u otras secciones donde dichas actividades puedan interferir con la prestación de asistencia de emergencia con carácter no discriminatorio.

La asistencia financiera solo está disponible para los servicios de emergencia o para otros servicios médicos necesarios relacionados con la salud. Además, no todos los servicios proporcionados dentro de las instalaciones del hospital JFK son prestados por los empleados



del JFK, en consecuencia, es posible que no estén cubiertos por esta PAF. Por favor, refiérase al Apéndice A para acceder a una lista de prestadores que prestan servicios de emergencia u otros servicios médicos relacionados con la salud dentro de las instalaciones del hospital JFK. Este apéndice especifica qué prestadores están incluidos en esta PAF y quiénes no. La lista de prestadores se revisará y se actualizará cada tres meses, en caso de que sea necesario.

III. **DEFINICIONES:**

A efectos de esta PAF, los términos que se detallan a continuación se definen de la siguiente manera:

Montos cobrados por regla general ("AGB" por sus iniciales en inglés): Conforme a la Sección 501 (r)(5) del Código de Impuestos Internos, en el caso de urgencias u otros casos de asistencia médica, los pacientes que reúnan los requisitos para acceder a la PAF no tendrán la obligación de pagar más que cualquier persona que posea un seguro médico que cubra dicha asistencia.

Porcentaje de AGB: Es el porcentaje de los costos brutos que un hospital utiliza para determinar el AGB por una emergencia o por otro servicio médico que presta a una persona que reúne los requisitos para obtener asistencia según la PAF.

Período de solicitud: Es el período de tiempo en el cual una persona puede solicitar la asistencia financiera. Para cumplir con los criterios definidos en el Código de Impuestos Internos, §501(r)(6), el JFK permite que las personas tengan hasta un (1) año desde la fecha en que se le haya proporcionado la primera factura posterior al alta para solicitar la asistencia financiera.

Criterios de elegibilidad: Hace referencia a los criterios establecidos en esta PAF (y avalados por el procedimiento) que se utilizan para decidir si un paciente reúne o no los requisitos para acceder a la asistencia financiera.

Afecciones médicas de emergencia: Están definidas dentro del contenido de la sección 1867 de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

Medidas de cobro extraordinarias ("ECAs" por sus iniciales en inglés): Son todos los procesos legales o judiciales, incluyendo, entre otros, el embargo de salarios, embargos a la propiedad e informes a las agencias de crédito. Las ECAs incluyen la venta de la deuda de un individuo a otra parte, las demandas, embargos a viviendas, arrestos, órdenes de detención, u otros procesos similares de cobranza.

Asistencia financiera: Es la ayuda oficial proporcionada a una persona o a una organización en forma de dinero, préstamos, reducción de impuestos, etc. de conformidad con esta PAF, la asistencia financiera brinda a un paciente servicios de emergencia u otros servicios médicos en forma gratuita o con costos reducidos si cumple con los criterios establecidos y se decide que reúne los requisitos para acceder a dicha asistencia.



Familia: Según la definición del Departamento de Censos, familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que se relacionan entre sí por nacimiento, casamiento, o por adopción. Según las normas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara que alguien está a su cargo, según su declaración de impuestos, esta persona puede ser considerada su dependiente para los efectos de la asistencia financiera.

Ingreso bruto familiar: El ingreso bruto familiar se determina utilizando la definición del Departamento de Censos que utiliza el siguiente ingreso al computar los parámetros de pobreza:

- Ganancias por ingresos, indemnización de desempleo, indemnización por accidentes laborales, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus iniciales en inglés), asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por jubilación o pensión, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por patrimonio, fideicomisos, asistencia educativa, pensión por alimentos, pago de manutención, asistencia recibida fuera del hogar, y otros recursos diversos;
- Los beneficios no dinerarios como los cupones para la compra de alimentos y los subsidios de vivienda no se tienen en cuenta;
- Se determina sobre una base anterior a los impuestos;
- Excluye las ganancias o pérdidas de capital; y
- Si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros de la familia. (Las personas que no sean familiares, como los compañeros del hogar, no se tienen en cuenta).

Elegibilidad para la PAF: Son los individuos que reúnen los requisitos para acceder a la asistencia financiera total o parcial según la presente política.

Nivel de pobreza federal ("FPL" por sus iniciales en inglés): Es una medición del nivel de ingreso emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los niveles de pobreza federal se utilizan para determinar si una persona reúne los requisitos para acceder a la asistencia financiera.

Costos brutos: Es el precio total establecido por el hospital para la asistencia médica que se cobra de manera sistemática y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier bonificación contractual, descuento o reducción.

Servicios médicos necesarios: Son los servicios relacionados con la salud que un médico, con criterio prudente clínico, proporcionará a un paciente con el objetivo de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas y que: (a) se encuentran alineados con los estándares de aceptación general sobre la práctica médica; (b) son clínicamente apropiados; y (c) no están diseñados principalmente para la conveniencia del paciente.

Período de notificación: Es el período de 120 días que comienza en la fecha de la primera factura posterior al alta, en la cual no pueden iniciarse ECAs en contra del paciente.



Resumen en lenguaje claro ("PLS" por sus iniciales en inglés): Una declaración por escrito que notifica a un individuo que el JFK ofrece asistencia financiera según esta PAF y proporciona información adicional de manera clara, consisa y fácil de entender.

Con un seguro insuficiente / de cobertura mínima: Es cuando el paciente tiene algún tipo de seguro o asistencia de una tercera parte pero todavía tiene gastos extras que exceden su capacidad financiera.

Sin seguro: Es cuando el paciente no tiene ningún tipo de seguro o asistencia de una tercera parte que lo ayude a cumplir con sus obligaciones de pago.

IV. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

El JFK ofrece diversos programas de asistencia financiera para ayudar a los pacientes sin seguro o con seguros insuficientes. Los programas de asistencia financiera que se detallan a continuación ofrecen servicios de emergencia u otros servicios médicos de forma gratuita o con valores con descuento a las personas que cumplan con los criterios establecidos y que reúnan los requisitos para acceder a dicha asistencia.

Programa New Jersey Hospital Care Payment Assistance ("Charity Care")

Charity Care es un programa de Nueva Jersey que proporciona atención gratuita o con descuentos a los pacientes que reciban atención hospitalaria o ambulatoria en los todos los hospitales de agudos de Nueva Jersey. La asistencia hospitalaria y la asistencia con costos reducidos solo están disponibles en casos de emergencia u otros casos de asistencia médica necesaria.

Los pacientes del Instituto de Rehabilitación Johnson no pueden acceder al programa Charity Care para los servicios de rehabilitación ya sea en caso de internación o por servicios ambulatorios. El Estado de Nueva Jersey no realiza reintegros a los institutos de rehabilitación por dichos servicios.

Elegibilidad

Los pacientes que pueden acceder al programa Charity Care deben ser residentes de Nueva Jersey que cumplan con lo siguiente:

- 1) El paciente no tiene cobertura médica o tiene una cobertura que solo paga parte de la factura hospitalaria (sin seguro o con seguro insuficiente);
- 2) El paciente no tiene acceso a ninguna cobertura privada o financiada por el gobierno (por ejemplo Medicaid); y
- 3) El paciente cumple con los siguientes criterios de elegibilidad relacionados con los ingresos y los bienes tal como se detalla a continuación.

Criterios de elegibilidad relacionados con los ingresos



Los pacientes que tengan un ingreso bruto familiar menor a igual al 200 % del nivel de pobreza federal ("FPL") tienen derecho a recibir el 100 % de la cobertura del programa Charity Care.

Los pacientes con un ingreso bruto familiar mayor al 200 % pero menor o igual al 300 % del FPL tienen derecho a recibir asistencia con descuento.

Criterios relacionados con los bienes

Charity Care incluye límites relacionados con los bienes activos que establecen que los bienes individuales no pueden exceder los \$7.500 y los bienes familiares no pueden exceder los \$15.000 a partir de la fecha del servicio.

Criterios relacionados con la residencia

Charity Care puede estar disponible para personas que no residan en Nueva Jersey, que necesiten asistencia médica inmediata en caso de una condición médica de emergencia.

El Estado de Nueva Jersey es quien establece las pautas de elegibilidad de Charity Care y se puede encontrar información adicional en la siguiente página de internet:

http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare_factsheet_en.pdf.

Ley Pública de descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey, 2008, C. 60 **("Descuento para personas sin seguro")**

El Descuento para personas no aseguradas de Nueva Jersey es un programa disponible para los pacientes sin seguro médico.

Programa Compassionate Care

Todos los pacientes con posibilidad de acceder a los programas pueden ser evaluados y solicitar la asistencia de Charity Care o pueden solicitar directamente el programa Compassionate Care.

El programa Compassionate Care del JFK está disponible para los residentes de Nueva Jersey que no cuenten con un seguro o que tengan un seguro insuficiente y que tengan derecho a recibir asistencia parcial de Charity Care. Si una persona tiene derecho a acceder a Charity Care pero no recibe el 100 % de la cobertura de dicho programa, se aplicará el descuento de Compassionate Care al saldo restante.

Las personas que no tengan seguro y que hayan sido evaluadas para Charity Care pero no reúnen los requisitos, tienen derecho a solicitar el programa Compassionate Care para personas sin seguro.

V. Solicitud de la asistencia financiera

Los representantes financieros del JFK ("Representantes Financieros") están a disposición de los pacientes que desean solicitar asistencia financiera o para ayudarlos a establecer acuerdos de pago. Los representantes financieros trabajarán con los pacientes para



asegurar que puedan comprender integralmente todos los programas y procedimientos federales, estatales y hospitalarios de asistencia financiera. Los representantes financieros lo ayudarán a solicitar diferentes programas gubernamentales y le informarán acerca de cómo avanzar en todo el proceso.

Si su familia no reúne los requisitos para acceder a los programas gubernamentales, nuestros representantes financieros revisarán su situación financiera para decidir si reúne los criterios establecidos para Charity Care.

Proceso de solicitud:

Los pacientes que piensan que tienen derecho a acceder a la asistencia financiera deben completar una solicitud de asistencia financiera ("Solicitud"). Los representantes financieros están disponibles para ayudar a los pacientes con las solicitudes. Estas pueden completarse en persona con un representante financiero o de forma individual y luego entregarse al representante para su revisión y procesamiento.

Si el paciente desea completar la solicitud junto con un representante financiero, puede llamar para concretar una cita. De lo contrario, puede acercarse hasta el Departamento de Admisiones y solicitar información.

Los representantes financieros proporcionarán al paciente la información necesaria sobre todos los requisitos y criterios correspondientes para evaluar la elegibilidad. A partir de ese momento, se exigirá a los pacientes que proporcionen información personal, financiera, y sobre otros temas con la documentación de respaldo correspondiente para determinar la necesidad de asistencia financiera.

Los representantes financieros realizan todos los esfuerzos posibles para visitar a los pacientes hospitalizados que no cuentan con seguro médico para proporcionar información sobre todos los programas financieros que tienen a disposición. A partir de ese momento, los representantes financieros continúan el trabajo con el paciente o con la familia.

Dónde conseguir una solicitud:

Los pacientes que desean solicitar la asistencia financiera que ofrece la presente PAF, pueden obtener una solicitud en nuestra página de internet: <https://www.jfkmc.org/>

Se puede obtener una solicitud llamando a la Oficina de Administración: (732) 321-7566.

También puede obtener una copia en papel de la solicitud en la Oficina de Admisiones ubicada en:

Centro Médico JFK
Calle James 65
Edison, NJ 08820



Los representantes financieros están en las oficinas para ayudarlo de lunes a viernes desde las 8:30 a. m. hasta las 5:00 p. m.

Todas las solicitudes completas pueden ser enviadas a:

Centro Médico JFK
Oficina de Admisiones
Calle James 65
Edison, NJ 08820

Las decisiones relacionadas con la asistencia financiera se tomarán lo más pronto posible, pero no en una fecha posterior a los diez (10) días laborales desde la fecha de la solicitud. Si la documentación proporcionada no es suficiente, la solicitud será considerada incompleta.

Documentación necesaria:

Se necesita la siguiente información sobre usted, su esposo(a), y cualquier hijo de hasta 21 años de edad:

- Última declaración de impuestos federales (1040);
- Identificación personal: licencia de conducir actual, tarjeta del seguro social, certificado de nacimiento o pasaporte;
- Prueba de domicilio; puede ser una factura de servicio, factura telefónica o alquiler a partir de la fecha en que los servicios fueron prestados;
- Cuenta corriente, caja de ahorro, Certificado de depósito, IRA, 401K, declaración de acciones o bonos que incluyan la fecha en que los servicios fueron prestados;
- Documentación sobre los ingresos correspondiente a los tres meses anteriores a la fecha en que los servicios fueron/serán prestados. Podemos aceptar recibos de pago correspondientes a la totalidad de las 13 semanas o una carta membretada de parte de su empleador en la que especifique su remuneración bruta para cada una de estas semanas de manera individual;
- Si es un trabajador autónomo, un contador debe preparar y firmar una declaración de ganancias y pérdidas correspondiente a los 3 meses anteriores a la fecha del servicio. También es obligatorio presentar una declaración de impuestos y una cuenta bancaria comercial;
- Si posee una sociedad colectiva o una corporación, un contador debe presentar una carta con los retiros de salario semanal. También es obligatorio presentar una declaración de impuestos y una cuenta bancaria comercial;
- Si ha estado desempleado, por favor proporcione la carta de elegibilidad junto con los recibos de desempleo correspondientes a los tres meses anteriores a la fecha del servicio o un impreso en computadora semanal;



- Si recibe Seguro Social, necesitamos la carta de "concesión" correspondiente al año en que los servicios fueron prestados;
- Si recibe una pensión, por favor proporcione los recibos correspondientes a los 3 meses anteriores a la fecha del servicio o una carta de la compañía que otorga la pensión en la que se establezca su beneficio bruto mensual;
- Si vive con sus padres, con su novia, novio, amigo, etc. necesitamos una carta firmada por ellos en la que se detalle la dirección, el número de teléfono, la relación con usted y cuánto tiempo ha vivido allí;
- Si corresponde, necesitamos una copia de la documentación sobre el divorcio que incluya información sobre la manutención o la pensión por alimentos; y
- Si su hijo tiene entre 18 y 21 años y es un estudiante universitario de tiempo completo, o si usted tiene 22 años o más y es un estudiante universitario de tiempo completo, por favor proporcione la documentación de concesión de ayuda económica correspondiente al semestre actual y a los anteriores.

VI. Procedimientos

Antes de ser evaluados para ingresar al programa Charity Care, los solicitantes deben ser examinados para determinar su potencial elegibilidad para recibir los beneficios de seguro de terceros o los programas de asistencia médica que puedan cubrir los gastos del hospital. Los pacientes no serán considerados elegibles para el programa Charity Care hasta tanto se determine que no son elegibles para otros programas de asistencia médica (por ejemplo, Medicaid, Seguro Social).

Si una persona no es elegible para otros programas de asistencia médica, podrá ser evaluada para ingresar al programa Charity Care. Si un paciente cumple con los criterios para tener la cobertura total del programa Charity Care, no se aplicará el programa Compassionate Care para personas sin seguro (los gastos ya estarán cubiertos en su totalidad).

Si un paciente es considerado parcialmente elegible para el programa Charity Care, recibirá la carta de determinación para tal caso (posee validez por un año de acuerdo con los lineamientos del Estado), y también recibirá una carta de participación para el programa Compassionate Care. Las personas sin seguro que no cumplan con los requisitos para el programa Charity Care serán elegibles para el programa Compassionate Care para personas sin seguro.

Si un paciente declara no tener cobertura, se le solicitará que firme una "declaración de carencia de seguro" antes de ser evaluado para recibir asistencia financiera. Además, se explicará que, si posteriormente cuenta con seguro, no se cobrarán los períodos de servicio coincidentes con la vigencia del programa Compassionate Care siempre y cuando las derivaciones o la precertificación no hayan sido obtenidas o no se hayan excedido los plazos de presentación. Los futuros períodos de servicio necesitarán cumplir con todos los requisitos de seguro de derivación o con la precertificación antes de continuar con el tratamiento.



Cuando un paciente cuenta con cobertura de seguro y, sin embargo, la verificación muestra que los beneficios se han agotado o que no hay beneficio para el/los servicio(s) requerido(s), se le solicitará que firme una "notificación de no cobertura" e indique la razón por la cual no posee cobertura y la aceptación de su responsabilidad personal. Luego, se ofrecerá a los pacientes el programa Compassionate Care para personas sin seguro para los servicios que no hayan sido cubiertos.

Si el paciente solicita que se cobre al seguro a sabiendas de que el servicio no posee cobertura en su paquete actual de beneficios, se explicará que aunque la denegación de la Explicación de Beneficios establece que el paciente no es responsable, será responsable en forma personal debido a la notificación previa de no cobertura.

Proceso para solicitudes incompletas:

En el caso de que no pueda realizarse una determinación inmediata de elegibilidad para la PAF, los representantes financieros pedirán al solicitante información adicional. El JFK proporcionará al solicitante una notificación verbal y escrita en relación a la información/documentación adicional necesaria para realizar una determinación de elegibilidad para la PAF y otorgará al paciente un período razonable (30 días) para entregar la documentación solicitada. Durante este tiempo, el JFK, o cualquiera tercera parte que actúe en su representación, suspenderá todas las ECAs iniciadas previamente para obtener el pago hasta que se realice una determinación de elegibilidad para la PAF.

Proceso para solicitudes completas:

Al recibir una solicitud completa, el JFK realizará los siguientes pasos:

- suspenderá todas las ECAs contra la persona (cualquiera tercera parte que actúe en representación del JFK también suspenderá las ECAs iniciadas);
- realizará y documentará una determinación de elegibilidad para la PAF de manera oportuna; y
- notificará por escrito a la parte o persona responsable acerca de la determinación y su fundamento.

Se notificará la determinación favorable por escrito a la persona considerada elegible para recibir asistencia financiera. De acuerdo con el Código de Impuestos Internos §501 (r), el JFK también realizará lo siguiente:

- proporcionará un resumen de cuenta que indique el monto adeudado por la persona elegible para la PAF, cómo se determinó dicho monto y cómo se podría obtener información en relación con el AGB, en caso de que así corresponda;
- reintegrará los pagos adicionales realizados por la persona; y
- trabajará con terceras partes que actúen en su representación para tomar todas las medidas razonables disponibles para revertir las ECAs iniciadas previamente contra el paciente para cobrar la deuda.

VII. Criterios para el cálculo de los montos facturados



A continuación se describen los criterios para el cálculo de los montos facturados a personas elegibles para la PAF para recibir asistencia financiera total o parcial según la presente política.

Charity Care

Si un paciente es elegible para el programa Charity Care, los pagos a cargo del paciente serán determinados por medio de la estructura tarifaria del Departamento de Salud de Nueva Jersey (se muestra a continuación).

Ingreso expresado en porcentaje de las Pautas de Pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos	Porcentaje de los montos que deberá pagar el paciente
Inferior o igual a 200 %	0 %
Superior a 200 % pero inferior o igual a 225 %	20 %
Superior a 225 % pero inferior o igual a 250 %	40 %
Superior a 250 % pero inferior o igual a 275 %	60 %
Superior a 275 % pero inferior o igual a 300 %	80 %
Superior a 300 %	Se encuentra disponible la tarifa de descuento para los pacientes sin seguro

Si los pacientes que se encuentran en la escala móvil de tarifas del 20 % al 80 % se hacen cargo de determinados gastos médicos que superan el 30 % de su ingreso bruto anual (es decir, las facturas que otras partes no han pagado), entonces el monto excedente del 30 % se considera asistencia de pago por servicio hospitalario.

Descuento para pacientes sin seguro/Programa Compassionate Care

Conforme con el P.L. 89-97 (42.U.S.C.s.1395 et seq), a las personas elegibles se les cobrará un monto menor al 115 % de la tasa de pago aplicable establecida en los programas federales Medicare o el AGB (tal como se detalla a continuación) por los servicios de salud prestados al paciente.

Programa Compassionate Care

Centro Médico JFK – Programa Compassionate Care

A los pacientes del Centro Médico JFK elegibles para el descuento de Compassionate Care de JFK se les reducirán los saldos a su cargo a un monto inferior al 115 % de la tasa de reembolso de Medicare en base a los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) para los servicios intrahospitalarios y en las CPA (Clasificaciones de Pago Ambulatorio)/Estructura



Tarifaria de Laboratorios Clínicos (CLFS, por su sigla en inglés) /Estructura Tarifaria Parte A/Estructura Tarifaria de Médicos de Medicare (MPFS, por su sigla en inglés) para servicios ambulatorios o los AGB (tal como se detalla a continuación).

Instituto de Rehabilitación Johnson – Programa Compassionate Care

A los pacientes del Instituto de Rehabilitación Johnson elegibles para el descuento de Compassionate Care de JFK se les reducirán los saldos a su cargo a un monto inferior al 115 % de la tasa de reembolso de Medicare en base a los Grupos de Mezcla de Casos (CMG, por su sigla en inglés) para los servicios intrahospitalarios y las CPA o estructuras tarifarias de terapia para servicios ambulatorios facturados por el JFK o los AGB (tal como se detalla a continuación).

AGB

De acuerdo con el Código de Impuestos Internos IRC §501(r)(5) el JFK utiliza el Método Retroactivo para calcular los AGB. El % de AGB se calcula anualmente y se basa en todas las solicitudes admitidas por el plan Honorarios por Servicios de Medicare + todos los Seguros de Salud Privados durante un período de 12 meses, dividido por los gastos en bruto asociados con estas solicitudes. El % de AGB correspondiente se aplica a los gastos en bruto para determinar los AGB. Los porcentajes de AGB para el Centro Médico JFK y el Instituto de Rehabilitación Johnson son los que se detallan a continuación:

Centro Médico JFK: 25,8 %

Instituto de Rehabilitación Johnson: 39,3 %

La persona que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera según lo establecido en esta PAF no deberá pagar más que el valor de AGB para cualquier emergencia u otros servicios médicos necesarios. A dicha persona siempre se le cobrará lo que resulte menor, el AGB o cualquier descuento disponible en virtud de esta política.

VIII. Amplia difusión

La PAF, la solicitud y el Resumen en Lenguaje Claro (PLS, por su sigla en inglés) se encuentran disponibles en línea en el siguiente sitio: <https://www.jfkmc.org/>

Las copias impresas de la PAF, la solicitud y el PLS se encuentran disponibles sin cargo a pedido de los interesados y se pueden encontrar en diferentes secciones dentro del JFK. Estas incluyen, entre otras, las salas de urgencias, las áreas de registro de pacientes y la Oficina de Administración.

A todos los pacientes del JFK se les ofrecerá una copia del PLS como parte del proceso de admisión. En el caso de una situación de emergencia, se le entregará el PLS al paciente durante el proceso de registro, después de que el paciente reciba la atención médica requerida.

Los carteles o exhibidores que informen al paciente acerca de la disponibilidad de asistencia financiera estarán expuestos de forma bien visible en lugares públicos, entre ellos,



la sala de urgencias, las secciones para el registro de pacientes, la Oficina de Administración y la Oficina de Admisiones.

El centro JFK realiza esfuerzos razonables para informar a los miembros de la comunidad acerca de la disponibilidad de asistencia financiera en sus instalaciones mediante charlas sobre este tema en eventos realizados durante el año (por ejemplo, ferias de salud, evaluaciones, jornadas educativas, etc.).

La PAF, la solicitud y el PLS del JFK se encuentran disponibles en inglés y en la lengua materna de los hablantes con dominio limitado de inglés (LEP, por sus iniciales en inglés) que constituyen un grupo menor a 1.000 personas o al 5 % de la comunidad atendida dentro del área primaria de servicios del JFK.

El Centro Médico JFK proporciona servicios gratuitos de interpretación, traducción y lenguaje de señas para personas con conocimiento limitado de inglés y para pacientes sordos.

Recomendamos que los pacientes utilicen los servicios de interpretación disponibles para asuntos médicos importantes. Los tratamientos para el cuidado de los pacientes utilizan terminología médica que puede resultar complicada en cualquier idioma. Los servicios de interpretación disponibles en el Centro Médico JFK incluyen interpretación telefónica en la mayoría de los idiomas. También se encuentran disponibles los servicios de traducción de documentos importantes y material informativo para el paciente sobre afecciones comunes.

Si usted necesita un intérprete, un intérprete de lenguaje de señas o un traductor, por favor comuníquese con la Oficina de Representación al Paciente al int. (732) 321-7566 o solicite ayuda a su recepcionista o enfermera.

En caso de una emergencia, el Servicio de Derivación ASL (800) 275-7551 puede proporcionar los servicios de un intérprete de lenguaje de señas en tres horas, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los servicios que se utilizan mediante ASL se proporcionan sin cargo para el paciente. Sin embargo, le pedimos que notifique a la Oficina de Representación al Paciente el nombre del paciente y el intérprete para que el Centro Médico JFK pueda efectuar los pagos correspondientes por los servicios prestados.

Política de Facturación & Cobro

I. Propósito

Garantizar que todas las prácticas de facturación, crédito y cobro cumplan con las leyes, normativas y políticas federales y estatales.

II. Política

La política del JFK es cumplir rigurosamente con las actividades de facturación y cobro. El objetivo de cumplir con todos los criterios de esta política puede lograrse a través del seguimiento de los procedimientos descritos en este documento. La absoluta cooperación y el trabajo en equipo de la Oficina Administrativa, Finanzas, Sistemas de Información y Administración de Proveedores son fundamentales para nuestro objetivo.



III. Procedimientos

Una vez que el seguro procesa la solicitud de un paciente, el JFK enviará al paciente una factura que expresa su responsabilidad. Además, si el paciente no cuenta con cobertura de una tercera parte, recibirá una factura con las indicaciones acerca de su responsabilidad como paciente. Esta será la primera factura posterior al alta del paciente. La fecha de este documento indicará el inicio de los Períodos de Solicitud y Notificación (definidos anteriormente).

Luego de que el paciente reciba su primera factura posterior al alta hospitalaria, el JFK emitirá 3 facturas adicionales (4 facturas en total, con un intervalo de 28 días) y 2 cartas.

Si no se recibe el pago después del envío de las 4 facturas, el JFK emitirá una carta para informar por escrito al paciente que la factura se enviará a la sección cobranzas si no se efectúa el pago dentro de un plazo de 30 días. Además, la carta incluirá las ECAs (definidas anteriormente) que podrían tomarse luego de que la factura del paciente se haya recibido en la sección cobranzas. La notificación escrita también incluirá una copia del PLS.

Cuando las facturas son devueltas e indican que el plazo otorgado al paciente caducó o no se pudo efectuar su entrega y no se encuentra otra dirección, las cuentas son adjudicadas un estado de precobro para su seguimiento y validación.

Cobros

Dentro del ciclo de facturación, el JFK puede enviar las facturas a precobro. Durante este período, las terceras partes que actúen representación del JFK pueden contactar a los pacientes telefónicamente para concretar el pago. No se tomarán ECAs contra el paciente mientras la factura se encuentre en el ciclo de precobro.

Después del vencimiento del período de notificación, el JFK enviará la cuenta del paciente a cobros. Las técnicas de las agencias de cobranza para que se efectúen los pagos incluirán llamadas telefónicas, cartas y algunas ECAs. Todas sus actividades quedarán totalmente documentadas en el sistema de facturación y cumplirán con las pautas de la normativa estatal que rige sobre las agencias de cobranzas.

Si las agencias de cobranzas no logran su objetivo (durante un período que no exceda los 180 días), la cuenta del paciente regresará al JFK. En el momento en que la cuenta es devuelta, la agencia de cobranza incluirá la documentación completa de sus actividades y los resultados, así como también la fecha en que se efectuó la comunicación con el paciente y la fecha en que la cuenta regresa a JFK.

IV. Cumplimiento con el Código de Impuestos Internos §501(r)(6)

De acuerdo con el Código de Impuestos Internos §501(r)(6), el JFK no podrá iniciar ninguna ECA antes de que haya expirado el período de notificación.

Con posterioridad al período de notificación, el JFK o cualquiera tercera parte que actúe en su representación podrá iniciar las siguientes ECAs contra un paciente por saldos



impagos si no se ha realizado una determinación de elegibilidad para la PAF o si la persona no es elegible para recibir asistencia financiera:

- Enviar información adversa acerca de la persona a las agencias de informes de créditos para el consumidor o agencias de crédito,
- Embargar la propiedad de una persona,
- Ejecutar una hipoteca sobre un bien inmueble
- Embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona u otros bienes personales,
- Iniciar una acción civil en contra de una persona, y
- Embargar los sueldos de una persona.

El JFK podrá autorizar a terceras partes a iniciar ECAs contra pacientes morosos luego del período de notificación. Garantizarán que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible o no para recibir asistencia financiera de acuerdo con lo establecido en esta PAF y realizarán las siguientes acciones al menos 30 días antes de iniciar cualquier ECA:

1. El paciente recibirá notificación por escrito que incluirá lo siguiente:
 - (a) indicará que la asistencia financiera se encuentra disponible para pacientes elegibles,
 - (b) identificará la(s) ECA(s) que el JFK puede iniciar para obtener el pago de los servicios, e
 - (c) informará una fecha límite luego de la cual las ECAs podrán iniciarse.
2. El paciente ha recibido una copia del PLS con la presente notificación escrita; y
3. Se han realizado todos los esfuerzos razonables para notificar verbalmente a la persona acerca de la PAF y cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

El JFK, y las terceras partes que actúen en su representación, aceptarán y procesarán todas las solicitudes de asistencia financiera disponibles según lo establecido en esta política y que hayan sido enviadas durante el período de solicitud.

Apéndice A: Listado de Prestadores del Centro Médico JFK & el Instituto de Rehabilitación Johnson

La Política de Asistencia Financiera del JFK es válida en el Centro Médico JFK y en el Instituto de Rehabilitación Johnson. Algunos médicos y prestadores de servicios de salud que se desempeñan en las instalaciones del Centro Médico JFK o en el Instituto de Rehabilitación Johnson no están obligados a cumplir con esta Política de Asistencia Financiera.

El siguiente listado detalla los proveedores, por línea de servicio, que prestan servicios de salud, médicos o de emergencia, en las instalaciones del hospital.



Listado de prestadores incluidos en la presente Política de Asistencia Financiera:

- Proporcionado según se solicite.

Listado de prestadores no incluidos en la presente Política de Asistencia Financiera:

- Proporcionado según se solicite.