

Título de Póliza: Atención Caritativa y Asistencia Financiera

Alcance: La presente Póliza cubrirá los servicios de atención sanitaria médicamente necesarios proporcionados por Shore Medical Center (SMC) y no incluye cargos profesionales asociados con servicios médicos proporcionados por Advanced Radiology Solutions (ARS), Bayfront Emergency Physicians, Shore Pathology Associates (SPA), Advanced Anesthesia Associates y otros proveedores o médicos de consulta. SMC se compromete a tratar a los pacientes con afecciones médicas de emergencia sin importar si pueden pagar o no. No es la intención de la presente póliza el ofrecer atención gratuita o con descuento a pacientes que tengan un seguro médico con deducibles altos y coseguro, a menos que califiquen de otro modo para la Asistencia Financiera según la presente póliza. Cualquier persona que no tenga un seguro o que no pueda pagar la totalidad o parte de su responsabilidad financiera a SMC por servicios proporcionados por SMC puede postularse para la atención caritativa y asistencia financiera. Los pacientes que reciben cirugía plástica o cosmética por elección propia no son aptos.

Póliza: Shore Medical Center se compromete a proporcionarle asistencia financiera a personas que no tienen seguro, su seguro es insuficiente, no son aptos para un programa del gobierno o no pueden pagar por otros motivos, para el cuidado sanitario médicamente necesario basándose en su situación financiera individual. SMC se compromete a tratar a los pacientes con necesidades financieras con la misma dignidad y consideración que tienen para con todos sus pacientes. SMC pretende, con la presente póliza, establecer procedimientos de asistencia financiera que cumplan con la legislación local, estatal y federal aplicable.

Definiciones:

Pautas Federales de Pobreza (FPG) - Se utilizan pautas financieras emitidas por el gobierno federal al comienzo de cada año calendario para determinar la aptitud para los programas de pobreza. Las FPG actuales pueden encontrarse en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. en: www.hhs.gov.

Paciente sin Seguro - Un individuo que no tiene ninguna cobertura de atención médica de terceros con (a) una aseguradora de terceros, (b) un plan ERISA, (c) un Programa de Atención Médica Federal (que incluye, de modo no taxativo, Medicare, Medicaid, SCHIP y TRICARE), (d) seguro de accidentes laborales, cuentas de ahorro médico u otra cobertura para la totalidad o parte de la factura, incluso reclamos contra terceros cubiertos por seguros a los que se subroga una entidad del SMC, pero sólo si el pago lo hace realmente dicha empresa de seguros.

Familia - Según la definición de la Oficina de Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con los reglamentos del Servicio de Impuestos Internos, si un paciente reivindica a alguien como dependiente de su declaración del impuesto sobre la renta, se pueden considerar como dependientes a los fines de la provisión de asistencia financiera.

Ingresos de la Unidad Familiar - Los ingresos familiares se determinan mediante el uso de la definición de la Oficina de Censo, que utiliza los siguientes ingresos para computar las pautas federales de pobreza:

- Incluye ganancias, compensación por desempleo, seguro por accidentes laborales, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de hijos, asistencia fuera del hogar y otras fuentes diversas
- Los beneficios no monetarios (tales cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan;
- Se determinan antes de los impuestos
- Excluyen ganancias o pérdidas de capital; y
- Excluyen los ingresos de personas que no sean parientes, por ejemplo, compañeros de casa que vivan en el mismo recinto

Activos - Definidos como efectivo en la mano o cualquier artículo tangible que pueda cambiarse por dinero, típicamente dentro de los 30 días. El efectivo y las cuentas corrientes, las cuentas IRA, las cuentas de ahorro 401K, las acciones y los bonos a corto plazo se considerarán activos líquidos. Los certificados de depósito, los fondos del mercado monetario, los bonos, los fondos mutuos y el valor en efectivo de una póliza de seguro de vida son ejemplos de inversiones que podrían proporcionar efectivo rápido cuando sea necesario. Los activos tangibles también pueden incluir activos fijos, como maquinaria, edificios, terrenos y existencias. Los activos de propiedad conjunta pueden considerarse líquidos dependiendo del tipo de activo y de la propiedad. A efectos de asistencia financiera, la residencia principal de un solicitante no se considerará como un activo para la liquidación.

Ingreso por Trabajo Independiente - Definido como la cantidad de dinero que queda después de los gastos de operación del negocio. Un formulario personal de ingresos y gastos mensuales y una declaración de ingresos trimestral previa son necesarios para ayudar a determinar la aptitud.

Afecciones Médicas de Emergencia - Definidas como afecciones que se manifiestan mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluso dolor grave) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente dar como resultado el poner la salud del individuo (o la salud de un niño por nacer) en serio peligro, en un serio impedimento a las funciones corporales o en una seria disfunción de cualquier órgano corporal.

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

Atención Caritativa Hipotética - Una determinación de que un paciente es sea apto para la atención caritativa basada en los requisitos financieros e históricos.

Atención Caritativa - Atención Caritativa significa la capacidad de recibir "atención médica gratuita". Los pacientes que no están asegurados para el servicio relevante y medicamento necesario, que no son aptos para la cobertura de seguro gubernamental o de otro tipo, y que tienen ingresos familiares que no superan el 200 % del Nivel Federal de Pobreza serán aptos para recibir "atención gratuita".

Asistencia Financiera - Asistencia Financiera significa pacientes que no están asegurados para el servicio relevante y que no son aptos para la cobertura de seguro gubernamental o de otro tipo, y que tienen ingresos familiares superiores al 200 %, pero no superiores al 300 %, del Nivel Federal de Pobreza, serán aptos para recibir Asistencia Financiera en la forma de montos de reembolso de importes generalmente facturados por Medicare.

Aptitud - Cualquier persona que no tenga un seguro o que no pueda pagar la totalidad o parte de su responsabilidad financiera a SMC por servicios proporcionados por SMC es apta para la atención caritativa y asistencia financiera. Los pacientes con cirugía plástica o cosmética por elección propia no son aptos. 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 médica. Estas personas pueden tener ingresos exentos de impuestos u otros activos no reflejados en una declaración de impuestos. Esta póliza no tiene la intención de proveer cuidado gratuito o tarifas de Medicare para esta porción de la población de pacientes no asegurados. Ellos son aptos para el descuento de Auto-Pago que se detalla en la sección de Participación de esta póliza.

Importes Generalmente Facturados - (AGB): De conformidad con el artículo 501 (R) (5) del Código de Servicio de Impuestos Internos, en caso de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, los pacientes aptos para FAP no tendrán que pagar más que lo que pagaría un individuo que tenga un seguro que cubra dicha atención.

AGB

De acuerdo con el artículo 501 (r) (5) del IRC, SMC utiliza el Método de Mirar Atrás para calcular los AGB. El % de AGB se calcula anualmente y se basa en todas las reclamaciones permitidas por la Tarifa por Servicio de Medicare + todas las Aseguradoras Médicas Privadas en un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados con estas reclamaciones. El % de AGB aplicable se aplica a los cargos brutos para determinar los AGB.

Los porcentajes de AGB calculados, así como cualquier descripción adjunta de los cálculos, están disponibles a solicitud gratuita llamando a la Oficina de Asesoramiento Financiero al (609)653-3717, opción 1.

No se le cobrará a ningún individuo que se determine que es apto para la asistencia financiera según la presente FAP por ningún servicio de emergencia u otros servicios sanitarios médicamente necesarios.

A todo individuo apto para la FAP se le cobrará siempre el menor AGB o cualquier descuento disponible de conformidad con la presente póliza.

Procedimiento:

APTITUD PARA LA CONSIDERACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- Para comenzar el proceso de asistencia financiera, el paciente o parte responsable debe completar una “Solicitud de Asistencia Financiera” y proporcionar la documentación necesaria para sustentar su situación financiera.
- El otorgamiento de asistencia financiera se basará en la determinación de la necesidad financiera y no tomará en cuenta la edad, género, raza o estado de inmigración, orientación sexual o afiliación religiosa.
- Los solicitantes deben cooperar completamente y cumplir con todas las verificaciones de ingresos y activos que serán considerados.
- La atención médica del solicitante debe ser médicamente necesaria para ser considerada para la asistencia financiera. Los servicios médicos solamente para fines cosméticos y los servicios o procedimientos que sean voluntarios no serán considerados.
- Las cuentas de un solicitante que hayan avanzado a acciones legales no serán consideradas. Sin embargo, antes de la acción legal, las agencias de cobranzas externas notificarán al hospital de cualquier cuenta que pueda calificar para asistencia financiera o cuentas donde el paciente/garante haya solicitado la asistencia financiera.
- Los ajustes a la asistencia financiera se aplicarán a cuentas que califican antes de su derivación a una agencia de cobranzas externa. La asistencia puede tener la forma de atención caritativa o para indigentes.
- Dado que el hospital realiza muchos esfuerzos para comunicarse con los pacientes acerca del programa de asistencia financiera durante los procesos de registro y facturación, los cobros excesivos (tales como litigios según lo define el IRS) no se producirán en una cuenta donde el paciente no haya sido informado de la oportunidad de solicitar asistencia financiera.
- Si hay información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes, que proporcione evidencia suficiente, el paciente se considerará con caridad hipotética. Si no hubiera evidencia para sustentar la aptitud del paciente para la atención caritativa, Shore Medical Center podría utilizar agencias externas para determinar los montos de ingresos estimados para determinar la aptitud de atención de caridad o los posibles montos de descuento. La Asistencia Financiera Hipotética se determinará antes de cualquier actividad de cobranza externa. Los siguientes tipos de cuentas pueden considerarse aptas para la asistencia médica sin documentación conforme al Programa de Caridad Hipotética: (1) Cuentas derivadas a agencias de cobranza que hayan vuelto como incobrables; (2) Quiebras; (3) Derivaciones desde agencias comunitarias aprobadas; (4) Sin patrimonio (fallecido);

DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD FINANCIERA

- La necesidad financiera se determinará a través de una evaluación individual que puede incluir:
 - Una solicitud de evaluación financiera finalizada en la cual se solicita que el solicitante coopere y proporcione la documentación necesaria para realizar una determinación de la necesidad financiera.
 - El uso de fuentes externas para ayudar a determinar la capacidad de un solicitante de pagar y el valor de los activos. Los activos no físicos, tales como cuentas bancarias, bonos, etc., se utilizarán para ayudar a determinar la capacidad de pago, mientras que los activos físicos, tales como bienes inmuebles, automóviles, etc., se utilizarán para ayudar a determinar las tasas de endeudamiento.
 - Un esfuerzo razonable por Shore Medical Center para explorar y asistir a los pacientes para solicitar fuentes alternativas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados.
 - El uso de un modelo analítico de datos para identificar a los pacientes que pueden utilizar asistencia financiera pero que no solicitaron esta asistencia.
- Las determinaciones de asistencia financiera se realizarán de forma oportuna, no más de 15 días hábiles después de recibir **toda** la documentación requerida. Si se proporciona toda la documentación necesaria durante una entrevista con un asesor financiero, se le puede informar acerca de la determinación al solicitante en el momento. Una determinación por escrito se enviará por correo al solicitante dentro de los 15 días hábiles.
- Los servicios quirúrgicos que no sean de emergencia y otros procedimientos programados que no sean de emergencia no se considerarán como una necesidad financiera.
- La necesidad de asistencia financiera se puede reevaluar en cualquier momento que se conozca información adicional relevante a la aptitud del paciente. Las solicitudes son válidas únicamente durante 90 días.
- Los ajustes a la cuenta de asistencia financiera publicados antes de recibir pagos de empresas de seguros, Medicare, Medicaid, terceros responsables o conciliaciones judiciales serán revertidos. Esta situación se produciría cuando el hospital desconoce que hay otros pagadores o cuando se aplica la cobertura de forma retroactiva.
- Se puede procesar un cheque de crédito para solicitantes y miembros del hogar para asistir en la determinación del estado financiero general y el valor de los activos. Se puede usar un informe de crédito solamente para determinar la caridad cuando no se pueda obtener una solicitud financiera. Si el informe de crédito del solicitante indica que los ingresos de la unidad familiar proporcionados por el solicitante son irreales, se puede denegar la asistencia financiera.
- El valor de los activos y de los ingresos del hogar se sumarán entre sí al total de los ingresos brutos. Los ingresos brutos se compararán con la Escala Progresiva de Pautas Federales de Pobreza y se aplicarán descuentos según corresponda.

Programa de Asistencia de Pago por Atención Hospitalaria en Nueva Jersey (“Atención Caritativa”)

La Atención Caritativa es un programa de Nueva Jersey en el cual está disponible la atención gratuita o con descuento para pacientes que reciben servicios con o sin internación en hospitales de cuidados intensivos a lo largo del estado de Nueva Jersey. La asistencia hospitalaria y la atención de costo reducido están disponibles únicamente para emergencias necesarias y otras atenciones médicamente necesarias.

Los pacientes pueden ser aptos para la Atención Caritativa si son residentes de Nueva Jersey que:

- 1) No tengan cobertura médica o tengan cobertura que pague solamente parte de la factura del hospital (sin seguro o con seguro insuficiente);
- 2) No son aptos para ninguna cobertura patrocinada por el gobierno o privada (tal como Medicaid); y
- 3) Cumplen con los criterios de aptitud por ingresos y activos descritos a continuación.

Criterios de Aptitud de Ingresos

Los pacientes con ingresos familiares brutos menores o iguales que 200 % del Nivel de Pobreza Federal (“FPL”) son aptos para un 100 % de cobertura de atención caritativa.

Los pacientes con ingresos familiares brutos mayores que 200 % pero menores o iguales que 300 % del FPL son aptos para una atención con descuento.

Criterios de Activos

La Atención Caritativa incluye umbrales de aptitud de activos que establecen que los activos individuales no pueden exceder los USD 7500 y los activos familiares no pueden exceder los USD 15 000 a la fecha del servicio.

Criterios de Residencia

La Atención Caritativa puede estar disponible para no residentes de Nueva Jersey que requieran asistencia médica inmediata para una afección médica de emergencia.

Las pautas de aptitud de Atención Caritativa son establecidas por el estado de Nueva Jersey y se puede encontrar información adicional en el siguiente sitio web:

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

Ley Pública de Descuento para No Asegurados en Nueva Jersey 2008, C. 60 (“Descuento para No Asegurados”)

El Descuento para No Asegurados de Nueva Jersey está disponible para pacientes sin seguro con ingresos familiares brutos menores que 500 % del FPL que pueden ser aptos para la atención con descuento de acuerdo con este programa. Los individuos aptos deben ser residentes de Nueva Jersey.

Pautas de Asistencia Financiera

Shore Medical Center utiliza las Pautas Federales de Pobreza (FPG) vigentes al momento de completar y presentar una solicitud para determinar la aptitud para la asistencia financiera. Los criterios se establecen de la siguiente manera:

- Los ingresos del hogar que sean iguales o menores que 200 % de las FPG son aptos para recibir atención gratuita. Esto se clasifica como atención a indigentes.
- Los ingresos que excedan el 200 % de las FPG, pero sean menores que el 300 % de las FPG califican para un pago con descuento basado en una escala progresiva. Esto se clasifica como atención caritativa.
- Los que no tengan seguros, tengan un seguro insuficiente o no califiquen para asistencia conforme a programas estatales, federales o locales serán aptos para una tarifa hospitalaria con descuento. La certificación según el programa de SMC dará como resultado una reducción del 80 % de los cargos brutos asociados con la atención que se proporciona. Esta reducción de como resultado una cantidad típicamente menor que la que se factura para individuos que tienen cobertura de seguro basada en una revisión de la relación entre los cargos brutos y los pagos por atención proporcionados por individuos con seguro.

Base del Cálculo de los Montos Cobrados

A continuación, se detalla la base para el cálculo del monto cobrado a individuos aptos para FAP para una asistencia financiera total o parcial de conformidad con la presente póliza.

Atención Caritativa

Si el paciente es apto para Atención Caritativa, el coso del bolsillo del paciente se determinará mediante el uso del Listado de Tarifas Médicas del Departamento de Salud de Nueva Jersey (que se muestra a continuación).

Ingresos como Porcentaje de las Pautas de Ingresos de Pobreza del HHS	Porcentaje de los Cargos que pagará el Paciente
Menor o igual que 200 %	0 %
Mayor que 200 % pero menor o igual que 225 %	20 %
Mayor que 225 % pero menor o igual que 250 %	40 %
Mayor que 250 % pero menor o igual que 275 %	60 %
Mayor que 275 % pero menor o igual que 300 %	80 %
Mayor que 300 %	Tasa de Descuento Sin Seguro Disponible

Si los pacientes en la escala progresiva de tarifas del 20 % al 80 % son responsables por gastos médicos calificados abonados de su bolsillo que superen 30 % de sus ingresos brutos anuales (es decir, facturas impagas por otras partes), entonces el monto que supera el 30 % se considera asistencia en el pago de atención hospitalaria.

Descuento Sin Seguro

De conformidad con PX. 89-97 (42.U.S.C.S.1395 y siguientes), se les cobrará a los individuos aptos un monto que representa lo que sea menor entre 115 % de la tasa de pago aplicable de conformidad con los programas federales de Medicare o AGB (como se resume a continuación) para los servicios de atención médica prestados al paciente.

PROCESO POR IMPAGO (relacionado con un ajuste de cuenta parcial o saldo restante después del pago del seguro)

Las cuentas de los pacientes para las cuales no haya identificado un seguro de terceros seguirán un ciclo de cobranza de auto-pago. Cualquier cuenta impaga restante que no esté en el proceso de realizar ajustes de pagos después de un ciclo de cobranza de auto-pago definido de 120 días se transferirá a una agencia externa para el cobro.

La cuenta permanecerá con la agencia durante 180 días. Después de este período de tiempo, de no haber ningún acuerdo de pago acordado para cumplir con el saldo impago, la cuenta será transferida a otra agencia de cobranza externa. En este momento, el saldo impago se informará a una agencia de crédito y, como tal, aparecerá en el informe de crédito del garante de la cuenta.

PROCESO DE APELACIÓN PARA DENEGACIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA

Un solicitante puede apelar una determinación de asistencia financiera dentro de los 15 días de la notificación de denegación. Una apelación puede presentarse por escrito, ya sea por carta o correo electrónico, y enviarse a la Oficina Comercial de Shore Medical Center.

Las apelaciones por escrito deben enviarse a:

Shore Medical Center

A la atención de: Administrador de la Oficina de Facturación

100 Medical Center Way

Somers Point, NJ 08244

Las apelaciones por correo electrónico deben enviarse a: jboehler@shoremedicalcenter.org

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

COMUNICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Shore Medical Center pone la información fácilmente a la disposición de los pacientes acerca de su programa de asistencia financiera al publicar y distribuir información en las áreas de registro de pacientes, otros lugares públicos en los hospitales, en facturas de los pacientes y en su sitio web. La publicación se proporciona en inglés y español y está disponible en el sitio web previa solicitud, de la siguiente manera:

- Al solicitarla en un área de registro de un hospital o en la oficina del asesor financiero
- Por teléfono, al 609-653-3717, opción 1.
- Mediante correo electrónico a Asesoría Financiera, FinancialCounseling@ShoreMedicalCenter.org

Nuestro equipo de Asesoramiento Financiero está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a 16:30 de forma programada o sin cita previa para entrevistar solicitantes y aceptar solicitudes de asistencia financiera.

Título de Póliza: Póliza de Asistencia Financiera

Director/Director Administrativo:

[Firmado]

Nombre: Michael J. Smith

Cargo: Director Administrativo del Ciclo de Ingresos