

Cape Regional Medical Center

Política de asistencia financiera ("FAP")

ASUNTO

Procedimientos de asistencia financiera
Procedimientos de facturación y cobro

OBJETIVO

Cape Regional Medical Center ("Cape") está comprometido a proporcionar a nuestra comunidad servicios de atención médica de calidad superior y se esfuerza por garantizar que todos los pacientes reciban servicios esenciales de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios independientemente de su capacidad para pagar.

POLÍTICA

La política de Cape es garantizar que todos los pacientes reciban servicios esenciales de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios. Tenemos asistencia financiera disponible mediante una variedad de programas para personas sin seguro y con seguro médico insuficiente que no tengan la capacidad para pagar la totalidad o parte de los servicios hospitalarios provistos. Cape garantizará la correcta evaluación de los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera disponible en el marco de esta FAP.

Cape proporcionará, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia a las personas independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o su capacidad para pagar. La política de Cape es cumplir con los estándares de la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto de 1986 ("EMTALA") y las regulaciones de EMTALA al proporcionar un examen de evaluación médica y tratamiento posterior según sea necesario para estabilizar una afección médica de emergencia a cualquier persona que llegue al departamento de emergencias en busca de tratamiento, independientemente de su afección médica o psiquiátrica, raza, religión, edad, sexo, color, nacionalidad de origen, situación migratoria, preferencias sexuales, discapacidad o capacidad para pagar.

La asistencia financiera y los descuentos solo están disponibles para emergencias u otros servicios de salud médicamente necesarios. No todos los servicios proporcionados en el centro hospitalario de Cape están cubiertos en el marco de esta FAP. Consulte el Apéndice A para ver una lista de los proveedores que brindan servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios dentro del centro hospitalario de Cape. Este apéndice especifica los proveedores que están cubiertos en el marco de esta FAP y los que no lo están. El listado de proveedores se revisará y actualizará trimestralmente de ser necesario.

También tenemos disponible un resumen en lenguaje sencillo ("PLS") de esta FAP. El PLS es una declaración por escrito que notifica a la persona que el centro hospitalario ofrece asistencia financiera y proporciona información adicional relacionada con esta FAP en lenguaje claro, conciso y fácil de entender.

ASISTENCIA FINANCIERA Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Incluye a continuación los programas de asistencia financiera ofrecidos en el marco de esta FAP y los criterios de elegibilidad que un paciente debe reunir a fin de tener derecho a esos programas.

1. Programas del gobierno:

- a. Seguridad Social;
- b. Seguridad de Ingreso Suplementario - Medicaid (SSI) y
- c. Elegibilidad presunta - Medicaid.

2. Programas del estado de Nueva Jersey:

a. **Programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de Nueva Jersey ("Charity Care"):**

Charity Care es un programa de Nueva Jersey a través del cual se ofrece atención gratis o a tasas reducidas para los pacientes que reciben servicios como pacientes hospitalizados o servicios ambulatorios en hospitales de atención aguda a lo largo del estado de Nueva Jersey. La asistencia hospitalaria y la atención a tasas reducidas solo están disponibles para atención de emergencia necesaria u otra atención médicamente necesaria.

Los pacientes pueden ser elegibles para Charity Care si son residentes de Nueva Jersey y reúnen los siguientes requisitos:

- i. No tienen cobertura de seguro médico o su cobertura solo paga parte de la factura del hospital (sin seguro o con seguro insuficiente).
- ii. No son elegibles para ninguna cobertura privada o patrocinada por el gobierno (por ejemplo Medicaid).
- iii. Reúnen los criterios de elegibilidad relacionados con sus ingresos y activos que se mencionan a continuación.

Criterios relacionados con los ingresos: Los pacientes con ingreso familiar bruto menor o igual al 200% de las pautas de pobreza establecidas por el gobierno federal ("FPG") son elegibles para el 100% de cobertura de atención benéfica. Los pacientes con ingreso familiar bruto mayor al 200% y menor o igual al 300% de las FPG son elegibles para la atención con descuento. La atención gratuita o los cargos cubiertos parcialmente se determinarán mediante el programa de tarifas del Departamento de Salud de Nueva Jersey.

Porcentaje de los ingresos conforme a las pautas federales de pobreza de HHS	Porcentaje de la tasa de Medicaid pagado por el paciente
i Menos que o igual al 200%	0% de la tasa de Medicaid
Más del 200% pero menos que o igual al 225%	20% de la tasa de Medicaid
Q Más del 225% pero menos que o igual al \$250%	40% de la tasa de Medicaid
Más del 250% pero menos que o igual al P275%	60% de la tasa de Medicaid
Q Más del 275% pero menos que o igual al C300%	80% de la tasa de Medicaid
¹ Más del 300%	Tasa de descuento disponible para pacientes sin seguro

Pacientes entre el 20% y el 80% de la escala móvil de tarifas son responsables por los gastos médicos por cuenta propia elegibles que hayan pagado y que excedan el 30% de sus ingresos brutos anuales (por ejemplo las cuentas que otras partes no hayan pagado), entonces la suma que exceda el 30% se considera elegible para asistencia para el pago de la atención hospitalaria.

Criterios relacionados con los bienes: Charity Care tiene límites de elegibilidad relacionados con los activos que establecen que los activos de una persona no pueden exceder los \$7,500 y los bienes de la familia no pueden exceder los \$15,000 al momento del servicio.

Charity Care puede estar disponible para las personas que no residan en Nueva Jersey, que requieran atención médica inmediata para una afección médica de emergencia.

Las pautas de elegibilidad de Charity Care son establecidas por el estado de Nueva Jersey y se puede obtener información adicional en el siguiente sitio web:

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

b. Descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey (Lev Pública 2008, C. 60):

Los pacientes sin seguro con un ingreso familiar bruto menor al 500% de las FPG pueden ser elegibles para la atención con descuento en el marco de este programa. Las personas elegibles deben ser residentes de Nueva Jersey.

Si un paciente posee un ingreso familiar bruto:

- Inferior a \$75,000, los cargos pueden descontarse a las tasas actuales de Medicare.
- Entre \$75,001 y \$100,000, los cargos pueden descontarse a las tasas actuales de Medicare más 5%.
- Entre \$100,001 y 500% de las FPG, los cargos pueden descontarse a las tasas actuales de Medicare más 15%.

c. NJ FamilyCare:

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

La elegibilidad financiera para las personas que soliciten elegibilidad para NJ FamilyCare se basará en su Ingreso bruto ajustado modificado o MAGI (por sus siglas en inglés). Las pautas de elegibilidad de NJ FamilyCare son establecidas por el estado de Nueva Jersey y pueden encontrarse en www.NJFamilyCare.org Un paciente puede suponerse elegible para NJ FamilyCare una vez por cada período de doce meses.

d. Programa de Nueva Jersey de Educación y Detección Precoz del Cáncer ("NJCEED"):

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

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

e. Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas:

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

A fin de ser elegible, los gastos hospitalarios deben exceder el 10% del ingreso familiar bruto, más el 15% de cualquier ingreso que exceda los \$100,000, el niño debe tener 21 años o menos al momento de incurrirse los gastos médicos y la familia debe haber vivido en Nueva Jersey durante 3 meses inmediatamente previos a la fecha de la solicitud. Puede obtener información adicional en el siguiente sitio web: www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home.

f. Oficina de Compensación de Víctimas de Delitos de Nueva Jersey:

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

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

g. Cantidades generalmente facturadas ("AGB"):

En virtud del Código de Impuestos Internos, Artículo 501(r)(5), en el caso de que ocurra una emergencia u otra situación que requiera atención médicamente necesaria, los pacientes elegibles según la FAP no pagarán más de lo que pagaría una persona que posee un seguro que cubra tal atención.

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

PROCEDIMIENTOS/REQUISITOS

Todos los pacientes que no puedan pagar por los servicios o no posean seguro de salud para cubrir sus servicios pueden solicitar asistencia financiera a Cape.

- Los pacientes sin seguro que vengán a recibir servicios de no emergencia como pacientes ambulatorios serán dirigidos a Asesoría Financiera para evaluación.

- Los pacientes de emergencia serán entrevistados por un asesor financiero después de ser examinados por un médico cuando haya un asesor disponible. Si no hay un asesor disponible, se le enviará una carta al paciente el siguiente día hábil notificándolo de la disponibilidad de asistencia financiera en el marco de esta FAP.
- Los pacientes sin seguro que tengan servicios programados serán remitidos al departamento de Asesoría Financiera para evaluación antes de ser programados para el procedimiento.
- Todos los pacientes hospitalizados reciben autorización previa antes de ingresar para recibir servicios.

Los pacientes serán entrevistados y evaluados para atención médica gratuita o con descuento en el siguiente orden:

- Programas del gobierno (Seguridad Social; Seguridad de Ingreso Suplementario - Medicaid y Elegibilidad presunta - Medicaid).
- NJ FamilyCare, NJCEED, Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas, Oficina de Compensación para Víctimas de Delitos de Nueva Jersey.
- Charity Care.
- Descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey.
- AGB.

Programas del gobierno

Todos los pacientes serán evaluados por un asesor financiero de Cape para determinar si son elegibles para un seguro antes de la determinación de otra asistencia financiera. A continuación se resumen los diferentes programas para los cuales las personas serán evaluadas:

Medicaid: Los asesores financieros de Cape asistirán a los pacientes que reúnan los criterios de elegibilidad con el proceso de solicitud. Existen diversos tipos de Medicaid disponibles mediante el Departamento de Salud de Nueva Jersey. Los asesores financieros ayudarán a determinar el programa más conveniente para las circunstancias del paciente.

- **SSI, Medicaid:** Complementa los beneficios de Medicaid con un estipendio de ingreso mensual que puede ayudar con las necesidades básicas.
- **Elegibilidad presunta - Medicaid ("PE"):** Cobertura temporal una vez por año para personas que reúnen algunos criterios básicos de elegibilidad para que sus costos de atención médica puedan ser cubiertos mientras NJ FamilyCare es determinado por el estado de Nueva Jersey. Los asesores financieros de Cape asistirán para completar la solicitud.

NJFamilyCare

Si se determina que un paciente es elegible para recibir NJ FamilyCare y no se presumió elegible en los últimos 12 meses, el asesor financiero completará una solicitud en línea con el paciente y la enviará a la unidad de PE para Medicaid temporal.

Si el paciente es elegible para NJ FamilyCare y se presumió elegible en los últimos doce meses no puede ser presumido elegible otra vez. Se hará una remisión a la Cape May County Board of Social Services. Se iniciará una solicitud de Charity Care para esa visita y se completará como paciente que no cumple con Medicaid si no completa la solicitud para NJ FamilyCare con el condado.

Debe completarse una solicitud PE en la fecha de servicio.

Charity Care

El programa Charity Care es un programa basado en las necesidades. Para solicitarlo, el paciente debe tener una factura sin pagar que no esté cubierta por el seguro o una indicación de un médico para servicios médicamente necesarios en Cape. Los pacientes que crean reunir los criterios de elegibilidad deben presentar una solicitud completa con la siguiente documentación requerida.

- Identificación de cada miembro de la familia (paciente, cónyuge e hijos dependientes).
- Comprobante de ingresos de la familia de TODAS las fuentes para los 30 días previos.
- Comprobante de residencia en Nueva Jersey.
- Comprobante de bienes que muestren el saldo actual además de transacciones realizadas en el período de 15 días previos a la fecha de la solicitud.

Consulte la Solicitud de atención sin compensación o la atención a tasas reducidas de Cape que describe los documentos requeridos para la presentación junto con la solicitud. Pueden requerirse documentos adicionales según la circunstancia particular del solicitante.

Si el paciente es admitido a través de los servicios de emergencia el estado permite a Cape presumirlo elegible para Charity Care una sola vez. El paciente es entrevistado al momento del servicio y se firma una autorización de divulgación de información. Si el paciente no completa la solicitud en un tiempo razonable (aproximadamente 60-90 días) después del alta, el asesor financiero usará la autorización para intentar verificar la elegibilidad del paciente. Un representante de campo también intentará ubicar al paciente para verificar la elegibilidad.

Las personas no residentes de Nueva Jersey pueden solicitar Charity Care para servicios de emergencia solo una vez. Las personas que no sean residentes no son elegibles para la solicitud como presunto elegible por una vez. Deben proporcionar todos los documentos requeridos.

Para los pacientes que son elegibles para un porcentaje de Charity Care según la escala móvil de Nueva Jersey incluida en el Artículo 2(a) de esta FAP, los cargos se reducirán a la tasa actual de Medicaid. Los pacientes serán responsables del saldo restante o del monto de las AGB, lo que sea menor.

Si un paciente de Charity Care se presenta para recibir un servicio que no sea médicamente necesario (por ej., prueba de detección de drogas ordenada por un tribunal) el paciente deberá pagar la tasa de Medicare.

Los pacientes tienen 365 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para enviar la solicitud llena para la asistencia de Charity Care. Cape puede, a su criterio, aceptar solicitudes después de los 365 días.

Descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey

Todas las personas sin seguro deberán completar una "Solicitud para descuento" y proporcionar la información necesaria requerida para que Cape hace una determinación con respecto a la elegibilidad para el descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey. Toda la información de registro será revisada, tal como la condición de empleo y ocupación así como también la posibilidad de participación en un seguro. Tenga en cuenta que la Solicitud para descuento describe la documentación requerida para constituir una presentación completa y permitir a Cape hacer una determinación justa de elegibilidad.

En caso de accidentes de tránsito, indemnización laboral o pacientes que posean seguro pero no llevaron la información consigo no recibirán el descuento.

En el marco de este programa el paciente elegible deberá pagar un monto no mayor al 115% de la tasa de pago aplicable según el programa federal Medicare para los servicios de atención médica prestados o bien las AGB, lo que sea menor.

AGB

Los pacientes que presenten una Solicitud de atención sin compensación o atención a tasas reducidas o una Solicitud para descuento de Cape ("Solicitud") deben presentar la Solicitud para calificar para los descuentos de AGB ofrecidos en el marco del Código de Impuestos Internos, Artículo 501(r)(5).

Los pacientes tendrán un mínimo de 365 días desde la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para enviar la solicitud llena para los descuentos ofrecidos en el marco del Código de Impuestos Internos, Artículo 501(r).

MÉTODO DE LA SOLICITUD

Los pacientes que reúnen los criterios de elegibilidad y desean solicitar los descuentos ofrecidos en el marco de esta FAP pueden obtener las solicitudes en <http://caperegional.com/media/Solicitud-Para-Descuento.pdf>

Las solicitudes pueden pedirse llamando a la oficina de Asesoría Financiera de Cape al (609) 463-2443. También hay disponibles copias impresas de las solicitudes en la oficina de Asesoría Financiera de Cape ubicada en:

Cape Regional Medical Center
South Lobby
2 Stone Harbor Boulevard
Cape May Court House, NJ 08210

El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 4 p. m.

Las solicitudes completas (con la documentación requerida) deben enviarse por correo a:

Cape Regional Medical Center
Attention: Financial Counseling
2 Stone Harbor Boulevard
Cape May Court House, NJ 08210

Proceso para solicitudes incompletas

Las determinaciones de asistencia financiera se harán tan pronto como sea posible, pero no pasados los diez (10) hábiles a partir de la fecha de la solicitud. Si no se proporciona la documentación suficiente, la solicitud será considerada como una solicitud incompleta.

Si se recibe una solicitud incompleta, Cape proporcionará al paciente una notificación por escrito que describa la información/documentación adicional necesaria para hacer una determinación respecto de la elegibilidad para FAP y dará al paciente una cantidad de tiempo razonable (30 días) para proporcionar la documentación necesaria. Además, Cape y cualquier tercero que actúe en nombre de Cape, suspenderá cualquier acción de cobro extraordinaria ("ECA") (se trata más adelante en esta FAP) para obtener el pago durante un período razonable.

Proceso para solicitudes completas

Una vez que se reciba la solicitud completada, Cape hará lo siguiente:

1. Suspenderá cualquier ECA contra la persona (cualquier tercero que actúe en nombre de Cape también suspenderá las ECA en proceso).
2. Hacer y documentará una determinación de elegibilidad para la FAP de forma oportuna.
3. Notificará a la parte responsable o a la persona por escrito acerca de la determinación y fundamento para la determinación.

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

1. Proporcionará un estado de cuenta que indique el monto que debe la persona elegible para la FAP, cómo se determinó ese monto y cómo se puede obtener la información relacionada con las AGB.
2. Reembolsará cualquier excedente de pago hecho por la persona.
3. Trabajarán con terceros que actúen en nombre de Cape para tomar todas las medidas disponibles razonables para revertir cualquier ECA iniciada contra el paciente para cobrar la deuda.

Bases para el cálculo de los importes cobrados a los pacientes

Los pacientes que reúnan los requisitos para la atención benéfica y que posean un ingreso familiar bruto menor al 200% de las FPG serán elegibles para un descuento que cubre el 100% de los cargos.

Los pacientes que reúnan los requisitos para la atención benéfica y posean un ingreso familiar bruto mayor al 200% y menor o igual al 300% de las FPG serán elegibles para atención con descuento determinado por el programa de tarifas del Departamento de Salud de Nueva Jersey.

Los pacientes que reúnan los requisitos para el Descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey pagarán un monto no mayor al 115% de la tasa de pago aplicable en el marco del programa federal Medicare.

Cape eligió usar el método retroactivo para calcular su porcentaje de las AGB del 22%. El porcentaje de las AGB se calcula anualmente y se basa en todas las reclamaciones permitidas por el programa Medicare Fee-for-Service más todos los seguros de salud privados durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados con estas reclamaciones.

Cualquier persona determinada como elegible para la FAP no pagará más que las AGB para servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios según el Código de Impuestos Internos, Artículo 501(r)(5). El porcentaje de las AGB correspondiente se aplicará al cargo bruto para determinar las AGB.

Cualquier persona elegible para la FAP siempre pagará las AGB menores o cualquier descuento disponible en el marco de esta FAP.

AMPLIA PUBLICACIÓN DE LA FAP, LAS SOLICITUDES Y EL PLS

La FAP, las Solicitudes y el PLS de Cape estarán disponibles en inglés y en el idioma principal de cualquier población con escasos conocimientos del inglés ("LEP") que constituya menos de 1,000 individuos o el 5 por ciento de la comunidad atendida por el área de servicios primarios de Cape. Cape presta servicios de interpretación y traducción y proporciona información a pacientes con discapacidad visual, del habla, auditiva y cognitiva para satisfacer las necesidades del paciente.

Para el beneficio de nuestros pacientes, la FAP, las Solicitudes y el PLS de Cape están disponibles en línea en el siguiente sitio web: <http://caperegional.com/contact-financial-assistance.htm>

Previa solicitud, tenemos disponibles copias gratis impresas de la FAP, las Solicitudes y el PLS para enviar por correo y también las tenemos disponibles en diversas áreas en el centro hospitalario, por ejemplo el departamento de emergencias, los departamentos de admisiones/registro y las oficinas de servicios financieros para el paciente.

Se ofrecerá a todos los pacientes una copia del PLS como parte del proceso de ingreso/alta.

Se publicarán en lugares visibles carteles o señales en las áreas públicas del hospital como el departamento de emergencias, los departamentos de admisiones/registro y las oficinas de servicios financieros para el paciente que notifiquen e informen a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

Cape también hará todos los esfuerzos razonables para informar a los miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia financiera. Cape logra esto mediante su participación en diversas agencias en el condado Cape May.

FACTURACIÓN Y COBRO

Procedimientos

Cape empleará la política de admisión previa en su totalidad y todos los requisitos siguientes se cumplirán antes de que el Departamento de admisiones asigne una habitación al paciente. Ningún paciente electivo será admitido sin la aprobación de la compañía de seguro cuando corresponda o del asesor financiero si no se dispone de un seguro.

Cape no participará en ninguna acción que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, tal como exigir a los pacientes del departamento de emergencias que paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deuda en el departamento de emergencias u otras áreas donde tales actividades podrían interferir en la provisión de la atención de emergencia ni habrá de discriminar a nadie.

1. Pacientes hospitalizados, con seguro:

- a. Todos los pacientes electivos deben completar un formulario de admisión previa antes de la admisión. Estos pacientes deben ser remitidos por un médico.
- b. El formulario de admisión previa pasará al representante de registro correspondiente en el área de acceso de los pacientes para la verificación del seguro junto con las remisiones cuando corresponda.
- c. Toda la información mencionada anteriormente será revisada por el representante de cuenta del paciente al final para obtener la autorización de la compañía de seguro cuando corresponda.
- d. Se firmará un formulario de Asignación de beneficios. Todos los pacientes, ya sea que posean seguro o no, deben presentar la documentación de identificación adecuada.

2. Pacientes hospitalizados, sin seguro:

- a. Un formulario de admisión previa y una entrevista con el asesor financiero para acordar la forma de pago antes de la admisión.

- b. Se solicitará un depósito y se negociará un plan de pago razonable, según la capacidad para pagar del paciente y los tipos de servicios a suministrar; se requerirá la firma del paciente en toda la documentación.
 - c. Se usará una solicitud de atención benéfica cuando corresponda.
 - d. Si el paciente no es elegible para recibir atención benéfica, se le ofrecerá el descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey según el nivel para el que sea elegible el paciente.
3. Paciente hospitalizado, admisión en emergencia:
- a. El departamento de admisiones, el departamento de crédito y el representante de cuenta del paciente colaborarán para completar toda la información necesaria.
 - b. Se realiza un informe diario para todos los pacientes sin seguro. Estos pacientes son visitados por los asesores financieros antes del alta cuando sea posible para cobrar copagos, deducibles o para asistir con los arreglos de pago o con la solicitud de asistencia financiera.
4. Pacientes de servicios ambulatorios, auxiliares:
- a. Todos los pacientes deben registrarse antes de recibir servicios ambulatorios.
 - b. Debe presentarse la documentación de identificación adecuada y de cobertura de seguro médico con remisiones o autorizaciones, si corresponde, al momento del registro para recibir servicios ambulatorios.
 - c. Si un paciente se presenta para recibir servicios sin seguro, primero debe visitar la oficina del asesor financiero para hacer los arreglos de pago y solicitar asistencia financiera. Se otorga un descuento por pago completo al momento del servicio.
5. Pacientes ambulatorios, sala de emergencias:
- a. Se requiere identificación; si el paciente no tiene identificación, el encargado de registro ayudará al paciente a comprobar su identificación mediante una llamada telefónica cuando corresponda.
 - b. Se requerirán tarjetas de seguro adecuadas o identificación adecuada.
 - c. Como parte de los arreglos de crédito se habrá de firmar un formulario de responsabilidad financiera.
 - d. El departamento de crédito envía una carta el día siguiente a los servicios para solicitar al paciente la información sobre el seguro, informarle los arreglos de pago disponibles e informarle sobre el programa de atención benéfica. Al paciente se le proporcionan los números de teléfono para que se comunique con la oficina y brinde la información.

Procedimientos de facturación

La política de Cape es facturar a las aseguradoras como cortesía hacia nuestros clientes. Cape solicitará los copagos y deducibles cuando el cliente se presente para recibir servicios en nuestra sala de emergencias o área de ingreso del paciente.

1. Aseguradoras:
- a. En conjunto con el Departamento de ingreso del paciente, Cape revisará todas las cuentas que no presenten información del seguro verificando sitios web, pasaportes y cualquier otro medio a nuestra disposición para obtener información de seguro correcta.

2. Aseguradoras dentro de la red:
 - a. Cape prorrateará el sistema según el contrato vigente al momento del servicio. Todos los copagos y deducibles que sean aplicados por el seguro serán transferidos a responsabilidad del paciente.
3. Aseguradoras fuera de la red:
 - a. Cape hará todo lo posible para ayudar al paciente a obtener una resolución final, le explicará el proceso de apelaciones con su seguro y le proporcionará las facturas detalladas o los registros médicos que deban enviarse a los pagadores.
4. Apelaciones:
 - a. Cape, con autorización del paciente, ayudará con las apelaciones a la compañía de seguro para la resolución del pago final antes de entregar el saldo al paciente. Cape colaborará con el departamento de gestión de casos de ser necesario en estas apelaciones.
5. Sin apelaciones:
 - a. Cape se comunicará con el paciente y le explicará el proceso para que haga la apelación ya que nosotros no podemos apelar en su nombre.
 - b. Cape ayudará con el proceso de apelación de cualquier forma posible con facturas detalladas o registros médicos cuando sea necesario.
 - c. Cape conservará la cuenta durante 30 días adicionales o hasta que podamos hablar directamente con el paciente para obtener una resolución de pago final.
 - d. Después de un período específico acordado entre el paciente y la oficina de administración, Cape transferirá el saldo a responsabilidad del paciente. Estableceremos un contrato del monto de pago para los pagos mensuales acordados entre el paciente y la oficina de administración.
 - e. Después del período de notificación descrito más abajo (120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta), si el paciente no paga después de 30 días, se le enviará una carta a las 48 horas para explicarle el proceso de cobro y la cuenta se registrará por los procedimientos de la FAP para el cobro.

Procedimientos de cobro

1. Los estados de cuenta se envían por correo en intervalos no menores de 28 días para mostrar la actividad y saldo actuales. Cada estado de cuenta contiene una notificación visible que informa al destinatario acerca de la disponibilidad de asistencia financiera. En el estado de cuenta también aparece el sitio web donde la persona puede obtener copias de la FAP, las Solicitudes o el PLS. También aparece el número de teléfono al cual los pacientes pueden llamar si tienen alguna pregunta relacionada con la disponibilidad de asistencia financiera y el proceso de solicitud.
2. Si no se realiza ningún pago en los 31 días posteriores al estado de cuenta inicial, la cuenta será transferida electrónicamente a NPAS (Servicio Nacional de Cuentas de Pacientes) para iniciar el proceso de cobro. NPAS enviará 3 notificaciones con todos los datos y hará llamadas telefónicas cuando corresponda. Si no se realiza un pago, las cuentas se cerrarán electrónicamente y la oficina de administración del hospital generará una carta a las 48 horas para explicarle al paciente el proceso de cobro.

3. En el reverso de la correspondencia con datos de cada estado de cuenta se ofrece al paciente un plan de pago, un espacio para la información de la tarjeta de crédito y un espacio para la información del seguro.
4. Las cuentas se considerarán para transferencia de deuda incobrable cuando alcancen los 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta, con excepción de direcciones incorrectas.
5. Después de que se envía el último estado de cuenta y no se recibe respuesta del deudor, los gerentes o el director revisarán la cuenta respecto a la capacidad de cobro para garantizar que se hayan seguido los procedimientos correctos de cobro previo. Se tomará una determinación sobre si conservar la cuenta internamente durante un período adicional para hacer un seguimiento posterior, enviarla a una agencia de cobro o iniciar las acciones legales correspondientes.
6. Se documentará el envío por correo, ya sea el estado de cuenta, una carta o factura en el archivo del paciente y se comprobará que sea la dirección correcta. Si Cape no puede determinar una nueva dirección postal, se documentará en la cuenta y esta será transferida para el cobro.
7. Se establecerá un contrato con la autorización escrita o verbal del paciente para realizar pagos mensuales por un monto establecido.

Arreglos de crédito

- Depósito del 50% para servicios de no emergencia.
- Saldo: Menos de \$500.00 con vencimiento en 90 días.
- Menos de \$1000.00 con vencimiento en 180 días.
- Menos de \$1500.00 con vencimiento en 12 meses.
- Mayor a \$1500.00 no más de 24 meses.

Código de Impuestos Internos, Artículo 501(r)(6)

Cape no inicia ninguna ECA según lo definido por el Código de Impuestos Internos, Artículo 501(r)(6), antes del vencimiento del "Período de notificación". El Período de notificación se define como un período de 120 días, que comienza en la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta, durante el cual no puede iniciarse ninguna ECA contra el paciente.

Después del Período de notificación Cape, o cualquier tercero que actúe en su nombre, pueden iniciar las siguientes ECA contra el paciente por un saldo impago si la determinación de elegibilidad para la FAP no se hizo o si la persona no es elegible para asistencia financiera.

- a. Dar información adversa sobre la persona a las agencias de informes crediticios al consumidor o a las agencias de crédito.
- b. Posponer, negar o exigir el pago antes de proporcionar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago por parte de la persona de la atención suministrada anteriormente.
- c. Presentar un embargo sobre la propiedad de la persona.
- d. Embargar los salarios de la persona.

Cape puede autorizar a terceros a iniciar una ECA en cuentas morosas de pacientes una vez finalizado el Período de notificación. Cape garantizará que se realicen esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para asistencia financiera en el marco de esta FAP. Cape debe tomar las siguientes medidas al menos 30 días antes de iniciar cualquier ECA:

1. Proporcionar al paciente una notificación por escrito que:
 - a. Indique que existe asistencia financiera disponible para pacientes elegibles.
 - b. Identifique las ECA que Cape se propone iniciar para obtener el pago de la atención.
 - c. Establezca un plazo después del cual las ECA podrán iniciarse.
2. Indique que el paciente ha recibido una copia del PLS con esta notificación por escrito.
3. Muestre 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.

Anulación de la deuda incobrable

Después de que se hayan cumplido todos los procedimientos de cobro, todas las demás cuentas, excepto las siguientes:

1. sujetas a planes de pago (contratos);
2. las presentadas en el marco de una quiebra;
3. las denegaciones médicas;
4. los subsidios de cortesía;

estas serán revisadas por un gerente o director y se tomará una determinación sobre si (1) conservar la cuenta internamente o durante un período adicional para hacer un seguimiento, (2) enviarla a una agencia externa de cobro o (3) iniciar las acciones legales correspondientes.

CENTRO MÉDICO REGIONAL CAPE
LISTA DE PROVEEDORES MÉDICOS, POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre/Grupo médico	Participantes de la Política de Asistencia Financiera de CAPE para los servicios provistos en el Centro Médico
American Surgical Arts	No
Beitman, MD, Robert	No
Birk, DPM, Charles	No
Bopf, DPM, Keith	No
Cape Anesthesia and Pain Management [Anestesia y Manejo del Dolor de Cape]	No
Cape Atlantic Gastro Associates [Asociados de Gastroenterología de Cape Atlantic]	No
Coastal Oral & Maxillofacial Surgeons, PA [Cirujanos orales y maxilofaciales Coastal, PA]	No
Cape Counseling [Asesoría de Cape]	Sí
Cape Emergency Physicians [Médicos de Urgencias de Cape]	No
Cape Heart Clinic [Clínica del Corazón de Cape]	No
Cape May Court House Associates in Radiology [Asociados de Radiología de Cape May Court House]	Sí
Cape OB/GYN [Obstetricia y Ginecología de Cape], una División de Regional Womens Health Group	No
Cape Regional Physicians Associates [Asociados Médicos de Cape Regional]	Sí
Carey, DPM, Martin	No
Childrens Hospital of Philadelphia [Hospital Pediátrico de Filadelfia] - Pediatric Cardiology [Cardiología Pediátrica]	No
Childs, DO, Arthur	No
Cho, MD, David	No
Cooper Perinatology Associates [Asociados de Perinatología de Cooper]	No
DeNittis, MD, Albert	No
East Coast Ortho and Sport Medicine [Medicina Ortopédica y Deportiva de la Costa Este]	No
Facciolo, DO, Jack	No
Goldberg, MD, Robert	No
Hansen, DO, Eric	No
Harrison, DO, David	No
Hope Community Cancer Center [Centro Comunitario del Cáncer Hope]	No
Komansky, DO, Henry	Sí
Lawinski, MD, Richard	No
Lucasti, DO, Christopher	No
O'Beirne, MD, Patrick	No
Onwuka, MD, Aloysius	No

Pagnani, Braga Kimmel Urologic Assoc, PA [Asociados Urológicos Pagnani, Braga Kimmel, PA]	No
Paolini, DO, Lawrence	No
Pastore, MD, Domenic	No
Penn Cardiology [Cardiología Penn]	No
Rainbow Pediatrics, PC	Sí
Regional Nephrology Associates [Asociados Regionales de Nefrología]	No
Sabnis, MD, Vinayak	No
Salasin, MD, Robert	No
Shah, DO, Chetan	No
Shore Orthopaedic University Assoc. [Asociados Universitarios Ortopédicos de Shore]	No
Skinner, MD, Dirk	No
Sorensen, DPM, Timothy	No
Udani, DO, Paras	No
Udani, MD, Rajen	No
University of Pennsylvania - Ortho [Ortopedia - Universidad de Pennsylvania]	No
White, DO, Christian	No