

Saint Barnabas Behavioral Health Center (Centro Saint Barnabas para la salud conductual)	Departamento: Servicios financieros para el paciente
Título de la norma: Política de asistencia financiera	
Fecha de vigencia:	Página: 1 de 8
Fecha aprobada: Fecha de revisión:	Aprobado por:

Declaración de propósito:

Asegurar que todos los pacientes elegibles reciban servicios de emergencia y otros médicamente necesarios para el cuidado de la salud provistos a tarifas parcial o totalmente descontadas.

Declaración de la política:

Es la política del “Centro Saint Barnabas para la salud conductual” (Saint Barnabas Behavioral Health Center) alentar y asistir a todos los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, explorar y solicitar el patrocinio de programas de terceros. El patrocinio de terceros ofrece el mejor resultado financiero, tanto para el paciente como para el sistema al servicio de la salud.

Es la política del “Centro para la salud conductual Saint Barnabas” (Saint Barnabas Behavioral Health Center) cumplimentar con las normas establecidas por la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Transporte Laboral Activo de 1986 (“EMTALA”, por sus siglas en inglés), y las regulaciones de EMTALA en proveer un examen médico de evaluación, así como otro tratamiento necesario para estabilizar una condición médica de emergencia de un individuo llegando a una sala de emergencias en busca de tratamiento. Saint Barnabas Behavioral Health Center no incurrirá en ninguna acción para persuadir a individuos a no procurar atención médica de emergencia, así como demandar de los pacientes de sala de emergencias a pagar por adelantado por tratamiento de condiciones médicas, ni permitiendo actividades de cobranza de deuda en el departamento de emergencia o en otras áreas en las que dichas actividades pudiesen interferir con la prestación de cuidado de emergencia en bases no discriminatorias.

Saint Barnabas Behavioral Health Center conduce actividades de cobranzas de aquellos pacientes que tienen la habilidad de pagar por sus servicios prestados. Todos los procedimientos de cobranzas serán aplicados consistentemente y de manera justa para todos los pacientes, sin importar el estado de los seguros. Aquellos pacientes que no puedan afrontar sus obligaciones financieras serán referidos a “Asesoramiento Financiero” para una evaluación del estado económico del individuo y de su grupo familiar inmediato, así como para asistencia en identificar fuentes de pago alternativas. Las acciones que Saint Barnabas Behavioral Health Center pueda tomar en el caso de falta de pago están detallados en una política por separado, referente a “facturación y cobranza”. La política sobre facturación y cobranza se encuentra disponible a pedido y sin cargo en la oficina de registración de Saint Barnabas Behavioral Health Center listada más abajo, o llamando al 1-877-221-7809. Además, dicha política se encuentra ampliamente a disposición mediante el sitio web de la organización, en el www.rwjbh.org.

Procedimiento:

Todos los pacientes serán informados sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera, y se les entregará a todos una copia del “Resumen en lenguaje simplificado” (“PLS,” por sus siglas en inglés) al momento de su registración. El Asesor Financiero es responsable de asegurar que todas las cuentas asignadas a ellos sean evaluadas para programas de patrocinio aplicable, y que todos los procesos sean completados.

Es la responsabilidad del Asesor Financiero evaluar a todos los pacientes que paguen de su bolsillo que sean admitidos a Saint Barnabas Behavioral Health Center sin seguro secundario, así como a todos los pacientes que se consideren insuficientemente asegurados, durante el proceso de Verificación del Proceso de Seguro. Los asesores financieros asimismo llevarán a cabo los cobros en el sitio de servicio de todas las cuentas que le hayan sido

asignadas de pacientes auto asegurados. A ningún paciente determinado ser elegible para recibir Asistencia Financiera se le cobrará más de los Montos Generalmente Cobrados (Amounts Generally Billed o “AGB”, por sus siglas en inglés), por servicios de emergencia u otros médicamente necesarios (AGB – ver apéndice A). A todo individuo elegible para el FAP (Programa de Asistencia Financiera) siempre se le cobrará el cargo menor del Monto Generalmente Cobrados (o AGB), o cualquier descuento disponible bajo esta política.

La Política de Asistencia Financiera, la Solicitud y el PLS (Resumen de la política en lenguaje simplificado) están disponibles en inglés, así como en el primer idioma de la población con dominio limitado del idioma inglés constituida por el segmento que sea menor, de 1,000 individuos o el 5 por ciento de la comunidad servida por Saint Barnabas Behavioral Health Center. Se hará todo lo mejor para asegurar que los documentos de la Política de Asistencia Financiera (FAP) sean claramente comunicados a aquellos pacientes de quienes sus primeros idiomas no estén incluidos dentro de aquellos traducidos. Estos documentos se encuentran disponibles en el sitio web de Saint Barnabas Behavioral Health Center (www.rwjbh.org).

La señalización en las áreas de acceso a Saint Barnabas Behavioral Health Center (así como registración, admisiones, etc.) indicará la disponibilidad de Asistencia Financiera para todo cuidado de la salud de emergencia y médicamente necesario.

Actualmente, no hay proveedores que brinden servicios para la salud de emergencia u otros médicamente necesarios dentro de las instalaciones hospitalarias de la organización cubiertos bajo esta Política de Asistencia Financiera. Por favor ver el Apéndice B para una lista de proveedores que prestan servicios para la salud de emergencia u otros médicamente necesarios, dentro de Saint Barnabas Behavioral Health Center. Esta lista será revisada trimestralmente y actualizada, como sea necesario.

La FAP, la Solicitud y el PLS están disponibles a pedido y sin cargo alguno en la mesa de registración de Saint Barnabas Behavioral Health Center listada más abajo, visitando el sitio web listado anteriormente, o llamando al 1-877-221-7809. Los pacientes pueden completar la solicitud en locación con la asistencia de los asesores financieros, o pueden enviarla por correo a la dirección listada más abajo para su revisión y aprobación. Durante la revisión, es posible que el paciente sea contactado para información adicional para completar la solicitud, y/o para ser notificado sobre su aprobación o denegación, y las razones específicas de la misma.

Saint Barnabas Behavioral Health Center
 Patient Financial Services
 1691 US Highway 9
 Toms River, NJ 08754

Matriz del programa de patrocinio de terceros:

Programa	Pre-requisitos
Compensación por crímenes violentos	La admisión es el resultado de un crimen violento en el estado de Nueva Jersey
Enfermedad catastrófica y fondos de ayuda	Los gastos elegibles deben exceder el 10% del ingreso familiar, más el 15% de cualquier ingreso en exceso de más de \$100,000
Medicaid	El paciente debe satisfacer los requisitos para elegibilidad de su estado de residencia.
Cuidado caritativo del estado de Nueva Jersey (NJCC)	El paciente debe satisfacer los requisitos para elegibilidad del programa de cuidado caritativo del estado de Nueva Jersey.
Programa de descuento para el desasegurado de Nueva Jersey	El paciente no es elegible para ningún programa. El asesor financiero seguirá las pautas de Saint Barnabas Behavioral Health Center para intentar colectar el pago. La cuenta está permitida al 110% de Medicare o AGB, lo que sea menor.

1. Proceso para la evaluación del paciente

Los asesores financieros harán todo lo posible para completar el proceso de evaluación de todos los pacientes no programados una vez que el paciente haya sido admitido a Saint Barnabas Behavioral Health Center y/o después de haber sido estabilizado y visto por un proveedor. Evaluarán al paciente y/o al garante haciendo todas las preguntas pertinentes relacionadas con la elegibilidad y los requisitos citados en la matriz de patrocinio de terceros (TPSM, por sus siglas en inglés) de acuerdo con la FAP de Saint Barnabas Behavioral Health Center.

Los asesores financieros determinarán el programa apropiado y trabajarán con el paciente para llenar la solicitud y compilar toda la documentación necesaria. Se recomienda de sobremanera completar la solicitud del paciente y juntar todos los documentos mientras estos estén “en la casa”. Si el paciente y/o su garante no cooperan o son discapacitados, el asesor financiero deberá intentar obtener la información necesaria de las fichas médicas, de los sistemas de información del hospital, de miembros de la familia u otros cuidadores designados del paciente.

2. Proceso de seguimiento del paciente

Para completar muchas de las solicitudes de asistencia económica será necesario un seguimiento continuo. El asesor financiero necesitará contactarse con el paciente, con el garante o con terceras partes para procurar toda la documentación. Se le deberá dar, tanto al paciente como al garante, una lista de toda la documentación necesaria para la solicitud. Se deberán concertar citas como sea necesario para recibir toda la información. Para lograr una determinación oportuna, el tiempo promedio para completar la solicitud es de 60 días, pero puede ser más. Toda solicitud que se cierre o sea denegada puede ser reabierto dentro de 1 año si los datos que puedan haber faltado se le proveen al asesor financiero.

Detalles sobre el programa de patrocinio de terceros / Criterio de elegibilidad:

Compensación de crímenes violentos de Nueva Jersey -

Este programa indemniza a las víctimas de crímenes por pérdidas y gastos resultando de ciertos actos criminales.

- Debe ser un residente del estado de Nueva Jersey o el crimen debe haber ocurrido en este estado.
- El paciente tiene pérdidas económicas compensables como resultado del acto criminal.
- El crimen fue reportado a la policía dentro de los 9 meses de ocurrido, y la solicitud debe haber sido presentada dentro de los 3 años de la fecha del crimen.
- www.njvccb.com

Fondo de ayuda por enfermedades catastróficas de Nueva Jersey --

El fondo de ayuda por enfermedades catastróficas en niños es un programa de asistencia financiera para familias de Nueva Jersey con hijos que sufren de alguna enfermedad o condición no cubierta por planes de seguro, por programas estatales o federales ni por otras fuentes, así como por campañas de recaudación de fondos. La intención del fondo es asistir ayudando a la familia a afrontar las responsabilidades que acompañan los problemas agravantes de la salud del niño.

Para ser elegible para este programa, las solicitudes deben satisfacer el criterio listado a continuación:

- Cualquier enfermedad puede ser catastrófica según los gastos médicos elegibles no cubiertos y los ingresos de la familia en un período de 12 meses anterior.
- Los gastos elegibles deben exceder el 10% del ingreso de la familia, más el 15% de cualquier exceso de ingresos de más de \$100,000.
- El niño debe tener 21 años o menos cuando los gastos médicos ocurren.

La familia debe haber vivido en Nueva Jersey por 3 meses inmediatamente antes de la fecha de la solicitud. Los trabajadores migrantes pueden ser elegibles, los residentes temporales no lo son.

Para solicitar ayuda económica al programa para enfermedades catastróficas del niño, llamar al:
1-800-355-FUND (3863)

Asistencia Médica (Medicaid) -

El programa de Medicaid de Nueva Jersey provee seguro para la salud a padres/cuidadores y niños dependientes, mujeres embarazadas y personas consideradas de avanzada edad, ciegas o discapacitadas, así como para adultos con ingresos por debajo de cierto nivel. Estos programas pagan por servicios hospitalarios, visitas médicas, medicamentos, cuidado de personas de la tercera edad y otras necesidades para el cuidado de la salud, dependiendo del programa para el cual la persona es elegible.

- Requisitos para elegibilidad de Asistencia Médica de Nueva Jersey (NJMA, por sus siglas en inglés)
- Residente de Nueva Jersey
- Ciudadano de los EE.UU. o extranjero calificado. (La mayoría de los inmigrantes llegados después de agosto de 1996 están excluidos del programa de Medicaid, pero pueden ser elegibles para el programa de “Jersey Family Care” (Cuidado Familiar de Nueva Jersey), y para ciertos programas para mujeres embarazadas.
- El “NJ Family Care” es un programa de seguro para la salud públicamente subvencionado de Nueva Jersey que incluye el programa “CHIP” (Programa de seguro para la salud infantil), Medicaid y Medicaid Expansion Populations. Los residentes que califiquen de cualquier edad pueden ser elegibles para seguro para la salud gratuito o de bajo costo que cubre visitas médicas, medicamentos, visión, cuidado dental, salud mental y servicios para el uso de sustancias, inclusive hospitalización. El NJ Family Care cubre a niños, mujeres embarazadas, padres/cuidadores familiares, adultos solteros y matrimonios sin hijos.

Requisitos de elegibilidad para el programa Family Care de Nueva Jersey

- Requisitos para elegibilidad de Asistencia Médica de Nueva Jersey (NJMA, por sus siglas en inglés)
- Residente de Nueva Jersey
- Ciudadano de los EE.UU., o extranjero calificado. (La mayoría de los inmigrantes llegados después de agosto de 1996 está excluidos del programa de Medicaid, pero pueden ser elegibles para el programa de Jersey Family Care (Cuidado Familiar de Nueva Jersey), y para ciertos programas para mujeres embarazadas.
- Además, un paciente debe estar dentro de una de las siguientes categorías:
 - Menor de 18 años
 - Padres o familiares cuidadores
 - Adultos sin niños dependientes
 - Mujeres embarazadas hasta el 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)
 - Personas de avanzada edad, ciegos o programas de discapacidad o cuidado a largo plazo
- Además, un paciente debe estar dentro de una de las siguientes categorías”
 - Familias con niños dependientes
 - Personas de 65 años o más, ciegos, o permanentemente discapacitados, o mujeres embarazadas.

Cuidado caritativo de Nueva Jersey

El “programa de asistencia para pago de cuidado hospitalario de Nueva Jersey” (Asistencia para cuidado caritativo) es gratis o a cargos reducidos, provistos a pacientes que reciben servicios como internados o ambulantes en hospitales a través de todo el estado de Nueva Jersey. La asistencia hospitalaria y el cuidado a cargos reducidos se encuentran disponibles solamente para el cuidado hospitalario necesario. El cuidado de emergencia es una excepción al requisito de residencia. El periodo de gracia para la solicitud es dentro de 1 año de la fecha del servicio.

Los pacientes pueden ser elegibles para Cuidado Caritativo si son residentes de Nueva Jersey que:

- 1) No tienen seguro médico o tienen cobertura que paga solamente parte de la cuenta del hospital (desasegurados o insuficientemente asegurados);
- 2) No son elegibles para ninguna cobertura privada ni patrocinada por el gobierno (así como Medicaid); y
- 3) Satisfacen el criterio de elegibilidad de ingresos y activos descritos a continuación:

Criterio de elegibilidad por ingresos

Pacientes con un ingreso bruto familiar de menos o igual al 200% del Nivel Federal de Pobreza (“FPL”) son elegibles para una cobertura de atención caritativa de un 100%.

Pacientes con un ingreso bruto familiar de más del 200%, pero menos o igual al 300% del FPL, son elegibles para atención médica a tarifas de descuento.

Ingresos de acuerdo al porcentaje de las pautas de pobreza según el Departamento de Salud y Servicios Humanos	Porcentaje del cargo pagado por el paciente
menos o igual al 200%	0%
más que el 200% pero menos o igual al 225%	20%
más que el 225% pero menos o igual al 250%	40%
más que el 250% pero menos o igual al 275%	60%
más que el 275% pero menos o igual al 300%	80%
más que el 300%	100%

Criterio sobre activos

El cuidado caritativo incluye límites de elegibilidad de activos que estipulan que los activos individuales no pueden exceder \$7,500, y activos del grupo familiar no pueden exceder \$15,000 a la fecha del servicio.

Criterio de residencia

El cuidado caritativo puede estar disponible para no residentes de Nueva Jersey requiriendo atención inmediata por una condición médica de emergencia.

Las pautas de elegibilidad para cuidado caritativo son establecidas por el estado de Nueva Jersey, e información adicional se puede encontrar en el siguiente sitio web:

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

Asistencia para cuidado caritativo está también disponible para no residentes de Nueva Jersey sujetos a provisiones específicas.

Para solicitar Cuidado Caritativo en Nueva Jersey todos los solicitantes deben presentar prueba de:

- Ingresos
- Activos
- Identificación
- Residencia

De ser necesaria más información para completar la solicitud y lograr una determinación, el Asesor Financiero podrá además pedir, pero sin limitarse a:

- Estados de cuentas bancarias, incluyendo cualquier información sobre cuenta(s) de jubilación
- Carta de apoyo
- Cartas de adjudicación de Seguro Social, y carta de pago por pensión
- Órdenes judiciales de manutención de menores indicando ingresos
- Orden judicial de pensión alimenticia indicando ingresos

Cuenta de Paciente orden jerárquico (PARO, por sus siglas en inglés) - Asistencia Financiera presuntiva

Un paciente que no satisfizo con los requisitos de la Solicitud para Asistencia Financiera ni con el proceso de documentación, o aquellos pacientes que no presentaron la solicitud, son clasificados como pacientes de pago por sus propios medios y son sometidos a nuestro sistema por el período de los 120 días. Antes de dichas cuentas ser referidas como Deudas Morosas, son "Pre-listadas" y pasadas por nuestro proveedor, *PARO Decision Support, LLC*, para ver si el paciente hubiese calificado para recibir Asistencia Financiera. Este proceso nos ayuda de manera más efectiva, a identificar pacientes que se presume hayan calificado para recibir Asistencia Financiera.

Utilizando una escala del 1 al 1000, PARO asigna un valor numérico a cada cuenta basado en la evaluación de un complejo criterio usado para definir el estado económico del paciente.

Una vez que la cuenta es identificada como que satisface este criterio, se les “Presume” elegibles para Asistencia Financiera del 100% y son dadas de alta del sistema. El balance de la cuenta queda entonces en cero y no se incurrirá en ninguna actividad futura de cobranza.

Saint Barnabas Behavioral Health Center Payment Plan Policy

Pacientes personalmente responsables por su cuenta:

Una vez determinado que el paciente no reúne los requisitos de ninguno de los programas de patrocinio de terceros, el paciente pasa a ser considerado “personalmente responsable por su cuenta.” La responsabilidad del paciente debe ser calculada después de aplicarse la tarifa de auto pago. (Ver las pautas de auto pago específicas al centro o institución). Esto solo se adjudica a pacientes que no tienen seguro y a aquellos con deducibles y/o copagos, o con expensas de su propio bolsillo muy altas.

Es la responsabilidad del Asesor Financiero comunicar claramente al paciente o su garante, que el pago total de la cuenta se espera sea efectuado antes o el mismo día del servicio. Se le deberá alentar a dichos pacientes efectuar el pago por el cual son responsables durante el periodo de pruebas de preadmisión que le sean programados.

Si el paciente o la parte fiscalmente responsable insiste que solo puede satisfacer una parte de la responsabilidad, el Asesor Financiero le deberá especificar el requerimiento de pago, e informar al paciente que se le facturará por el saldo.

- Para un PACIENTE INTERNO con una cuenta de \$250.00 o más, un mínimo del 50% deberá ser pagado al momento de su admisión y todos los saldos pagaderos dentro de 3 a 12 meses.
- Para un PACIENTE AMBULANTE con una cuenta de \$100.00 o más, un mínimo del 50% deberá ser pagado al momento de su admisión y todos los saldos pagaderos dentro de 3 a 12 meses.

Si el paciente no puede satisfacer los montos especificados, el Asesor Financiero deberá entonces requerir el 25% de la cuenta total.

Si el paciente no puede pagar un monto mayor que o igual al 25% del total de la cuenta, la gerencia deberá revisar la cuenta para aprobación de pago. Pueden ocurrir excepciones y en estos casos, la decisión quedará a juicio del Director del Centro o sus designados.

Apéndice A

El “Centro Saint Barnabas para la salud conductual” (Saint Barnabas Behavioral Health Center) ha iniciado una metodología de “*reconsideración*” (o “look back”) incluyendo tarifas por servicio de Medicare, y datos de reclamos de aseguradores comerciales y atención médica administrada, para calcular el porcentaje de los Montos Generalmente Facturados (o AGB, por sus siglas en inglés). Usando este método, Saint Barnabas Behavioral Health Center calcula los Montos Generalmente Facturados (AGB) multiplicando el cargo bruto por una emergencia u otro tratamiento médicamente necesario ofrecido a pacientes elegibles para FAP, por el porcentaje de AGB del centro. El porcentaje de los Montos Generalmente Facturados (AGB) es calculado anualmente en base a todos los reclamos por servicio permitidos por las tarifas de Medicare y aseguradores comerciales y de atención médica administrada en el transcurso de 12 meses, dividido por la suma de los cargos brutos de esas instancias.

El porcentaje de los “Montos Generalmente Facturados” (o AGB) es el siguiente:

- Saint Barnabas Behavioral Health Center – 51.94%

Saint Barnabas Behavioral Health Center calcula el monto máximo adeudado por un paciente multiplicando el porcentaje del AGB por los cargos brutos o el 110% del monto de Medicare, cual sea menor. “Cargos brutos” se refiere al cargo total establecido por la atención médica que Saint Barnabas Behavioral Health Center cobra a los pacientes antes de aplicar cualquier adjudicación contractual, descuentos o deducciones.

Si el porcentaje del AGB calculado resultara ser **menor** al monto que el paciente debe, el paciente solo será responsable por el monto calculado bajo el AGB o el 110% de Medicare, cual sea menor.

Si el porcentaje de AGB calculado o el 110% de Medicare resultase ser **mayor** al monto que el paciente debe, el paciente solo será responsable por el monto calculado bajo el Programa de Asistencia Financiera (FAP) de Saint Barnabas Behavioral Health Center.

Apéndice B

**Saint Barnabas Behavioral Health Center
Lista de proveedores al 26 de septiembre, 2018**

Los médicos de *Barnabas Health Medical Group, P.C.* ni los médicos independientes listados a continuación observan la Política de Asistencia Financiera de Saint Barnabas Behavioral Health Center. La lista a continuación es de médicos independientes que ofrecen servicios de emergencia y otros médicamente necesarios para el cuidado de la salud dentro del Centro Saint Barnabas para la Salud Conductual, no cubiertos bajo el FAP.

	<u>Nombre</u>	<u>Especialidad</u>
1	Ajanaku, Adebola, APN	Psiquiatría
2	Ajanaku-Makun, Lateef, APN	Psiquiatría
3	Alphonse, Miliodaire, APN	Psiquiatría
4	Ballesteros, Alberto, MD	Psiquiatría
5	Blakeslee, Christopher, DPM	Podiatría
6	Cruickshank, Royston, MD	Psiquiatría
7	Ezealor, Obinna, APN	Psiquiatría
8	Fabian, Christopher, MD	Psiquiatría
9	Geller, Felix, MD	Psiquiatría
10	Hershkowitz, Jon MD	Medicina interna
11	Kowalewski, Amy, APN	Psiquiatría
12	Krishnaiah, Muralidhar, MD	Psiquiatría
13	Mupparaju, Jyothsna, MD	Medicina interna
14	Pandya, Shilin, DO	Psiquiatría
15	Pawa, Sakshi, MD	Medicina interna
16	Pliver, Gavriel, APN	Psiquiatría
17	Rao, Savitha, MD	Psiquiatría
18	Rizvi, Waqar, MD	Psiquiatría
19	Roan, Nora, APN	Psiquiatría
20	Shihabuddin, Lina, MD	Psiquiatría
21	Tandon, Pooja, MD	Psiquiatría
22	Tirmazi, Syed MD	Psiquiatría
23	Timmerman, Jessica APN	Medicina interna
24	Tosk, Jarrett, MD	Psiquiatría
25	Uppal, Jaspreet, MD	Psiquiatría
26	Williams, Arnold, MD	Psiquiatría