

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 1 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

I. Política:

Cualquier paciente sin seguro o sin seguro secundario puede ser evaluado para el Programa de Atención Caritativa del Estado de Nueva Jersey y el Programa de Asistencia Financiera/Programa de Subsidios de Inspira Medical Centers. Esta Política de Asistencia Financiera ("FAP," por sus siglas en inglés) se aplica a toda la atención de emergencia y médicamente necesaria que se brinde en cualquier centro que sea propiedad total de Inspira Medical Centers y esté operado por ellos (colectivamente, "Hospital"). No todos los servicios proporcionados en las instalaciones hospitalarias de Inspira están cubiertos por esta FAP y podrían no ser elegibles para asistencia financiera a través del Hospital. Por favor consulte el Apéndice A para obtener una lista de proveedores, por especialidad, que brindan servicios de atención médica de emergencia u otros médicamente necesarios en las instalaciones del Hospital. Este apéndice especifica qué proveedores están cubiertos por esta FAP y cuáles no. La lista de proveedores se revisará trimestralmente y se actualizará, si es necesario.

II. Responsabilidad:

- A. Personal de Registro
- B. Personal de Asesoramiento Financiero
- C. Personal de Atención al Cliente de Servicios Comerciales para Pacientes

III. Programas de Asistencia Financiera y Criterios de Elegibilidad:

Nuestra política es garantizar que todos los pacientes reciban servicios esenciales de emergencia y otros servicios de atención de salud médicamente necesarios. La asistencia financiera está disponible a través de una variedad de programas para personas sin seguro o con seguro insuficiente que no tienen la capacidad de pagar la totalidad o parte de los servicios hospitalarios prestados.

El hospital brindará, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su capacidad de pago o la elegibilidad para la FAP.

Programas de Asistencia Financiera

Todos los pacientes que necesiten asistencia financiera serán evaluados por el proveedor de elegibilidad de Medicaid o el personal de Asesoramiento Financiero para todos los programas disponibles en el siguiente orden:

1. Programas gubernamentales como Medicaid, Seguro Social, NJ FamilyCare, NJCEED, Fondos catastróficos o Fondo de Compensación de Crímenes Violentos;
2. Programa de Atención Caritativa de Nueva Jersey;
3. Descuento para Personas Sin Seguro de Nueva Jersey; y
4. Programa de Asistencia Financiera del Hospital/Programa de Subsidio.
5. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.

Criterios de Elegibilidad

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 2 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

NJ FamilyCare

NJ FamilyCare es el programa de seguro de salud financiado con fondos públicos de Nueva Jersey que incluye CHIP, Medicaid y expansiones de población de Medicaid. NJ FamilyCare es un programa de seguro de salud financiado por el gobierno federal y estatal creado para ayudar a los residentes calificados de Nueva Jersey de cualquier edad a acceder a un seguro de salud asequible. NJ FamilyCare es para personas que no tienen seguro de empleador.

La elegibilidad financiera para las personas que buscan la elegibilidad para NJ FamilyCare se basará en su Ingreso Bruto Ajustado Modificado o MAGI (por sus siglas en inglés). Se pueden encontrar criterios de elegibilidad más específicos para NJ FamilyCare en http://www.njfamilycare.org/who_eligbl.aspx.

Educación Sobre el Cáncer y Detección Temprana de NJ (“NJCEED” *por sus siglas en inglés*)

El programa NJCEED brinda servicios integrales de divulgación, educación y detección de cáncer de mama, cervical, colorrectal y de próstata.

Para ser elegible para estos servicios, una persona debe estar sin seguro o con seguro insuficiente y debe tener un ingreso bruto familiar igual o inferior al 250 % del Nivel Federal de Pobreza (“FPL” *por sus siglas en inglés*).

Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas

El Programa del Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas del Estado de Nueva Jersey brinda asistencia financiera a las familias de niños con enfermedades catastróficas.

Para ser elegibles, los gastos deben exceder el 10 % de los ingresos de la familia, más el 15 % de cualquier exceso de ingresos de más de \$100,000, el niño debe haber tenido 21 años o menos cuando se incurrió en los gastos médicos y la familia debe haber vivido en Nueva Jersey durante 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud. Los trabajadores migrantes pueden ser elegibles, los residentes temporales no lo son.

Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen de Nueva Jersey

El Estado de New Jersey ha establecido la Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen de Nueva Jersey para compensar a las víctimas de crímenes por pérdidas y gastos, incluidos ciertos gastos médicos, resultantes de ciertos actos delictivos.

Para ser elegible para la Oficina de Compensación para Víctimas del Crimen de New Jersey, el crimen debe haber ocurrido en New Jersey o debe estar relacionado con un residente de New Jersey victimizado fuera del Estado, la víctima debe haber denunciado el crimen a la policía dentro de los 9 meses y la víctima debe cooperar con la investigación y persecución del delito. El reclamo debe presentarse dentro de los 3 años posteriores a la fecha del delito y el paciente debe ser una víctima inocente del delito.

Programa de Asistencia para el Pago de Atención Hospitalaria de Nueva Jersey (“Atención Caritativa de Nueva Jersey”)

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 3 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	--

Si los pacientes no cumplen con los criterios de elegibilidad para los programas financiados por el gobierno como se describe en la Parte III, Sección 1 anterior, pueden optar por ser evaluados por Asesoramiento Financiero para la Atención Caritativa de Nueva Jersey para cualquier gasto de bolsillo. Los pacientes deben cumplir con las pautas del Programa de Atención Caritativa de Nueva Jersey en cuanto a ingresos y activos para calificar y recibirán atención gratuita o con descuento de acuerdo con las regulaciones publicadas por el Estado de Nueva Jersey de conformidad con N.J.A.C. 10:52-11.

El programa Atención Caritativa de Nueva Jersey cubre el 100 % de los cargos para pacientes con ingresos brutos familiares inferiores o iguales al 200 % del FPL. Además, este programa descuenta una parte de los cargos para pacientes con ingresos brutos familiares superiores al 200 % e inferiores o iguales al 300 % del FPL. La atención gratuita o los cargos parcialmente cubiertos se determinarán mediante el uso del Programa de Tarifas del Departamento de Salud de Nueva Jersey (Consulte el Apéndice B).

Los umbrales de elegibilidad de la Atención Caritativa de Nueva Jersey incluyen una limitación de umbral de activos individuales de \$7,500 y un límite de umbral de bienes familiares de \$15,000.

Además, los pacientes deben ser residentes de Nueva Jersey a la fecha del servicio. Sin embargo, la atención de emergencia es una excepción. Los residentes que no sean de Nueva Jersey y que requieran atención médica inmediata por una condición médica de emergencia pueden solicitar atención caritativa.

Los pacientes que califican para la Atención Caritativa de Nueva Jersey y tienen un ingreso bruto familiar superior al 225 % pero inferior al 550 % del FPL son elegibles para un descuento adicional bajo el Programa de Asistencia Financiera/Programa de Subsidio del Hospital.

Por favor consulte el Apéndice B para ver información adicional relacionada con los descuentos disponibles del Programa de Asistencia Financiera y Atención Caritativa de Nueva Jersey/Programa de Subsidio del Hospital.

Descuento para Personas Sin Seguro de Nueva Jersey (Ley Pública 2008, C. 60)

Todos los pacientes sin seguro que no califiquen para un programa del Gobierno como se describe en la Parte III, Sección 1 anterior, se considerarán elegibles para el descuento para personas sin seguro de Nueva Jersey. No se requiere solicitud para este programa y no se deben cumplir los criterios de ingresos o activos. Tenga en cuenta que Nueva Jersey limita este descuento a personas sin seguro con ingresos brutos familiares inferiores al 500 % del FPL. El descuento ofrecido bajo esta póliza está disponible para todas las personas sin seguro.

Programa de Asistencia Financiera del Hospital/Programa de Subsidios

Los pacientes que no califican para ninguno de los programas financiados por el gobierno o la Atención Caritativa de Nueva Jersey pueden optar por ser examinados por Asesoramiento Financiero para el Programa de Asistencia Financiera/Programa de Subsidio del Hospital.

Los pacientes pueden ser elegibles para descuentos bajo el Programa de Asistencia Financiera/Programa de Subsidio del Hospital si el ingreso bruto familiar está entre el 225 % y el 550 % del FPL. Además, si estos pacientes tienen activos superiores a \$50,000, es posible que se les solicite que proporcionen prueba de activos.

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 4 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

Por favor consulte el Apéndice B para ver información adicional relacionada con los descuentos disponibles del Programa de Asistencia Financiera y Atención Caritativa de Nueva Jersey/Programa de Subsidio del Hospital. Nota: Los criterios de ingresos se actualizarán anualmente a medida que se ajuste el FPL.

Código de Rentas Internas Sección 501(r)

Los pacientes con seguro insuficiente con ingresos brutos familiares entre el 300 % y el 550 % del FPL pueden ser elegibles para cargos con descuento según la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas. Además, todos los pacientes sin seguro serán elegibles para los descuentos disponibles según la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.

IV. Método de Solicitud/Documentación Requerida:

Procedimientos

En el momento del registro, a todos los pacientes que no tengan seguro o tengan seguro con deducibles y coaseguros conocidos se les proporcionará la información que describe los programas de asistencia disponibles e información sobre cómo comunicarse con Asesoramiento Financiero para recibir información adicional.

Todos los pacientes hospitalizados que no tengan seguro serán evaluados por un proveedor de elegibilidad de Medicaid o por el personal de Asesoramiento Financiero para los programas disponibles.

Cualquier paciente que se comunique con el Servicio de Atención al Cliente de Servicios Comerciales para Pacientes que solicite asistencia para el pago de sus facturas y tenga saldos de pacientes será derivado a Asesoramiento Financiero para una evaluación.

Método para Solicitar

Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad y deseen solicitar la atención gratuita o con descuento que se ofrece bajo la Atención Caritativa de Nueva Jersey, Programa de Asistencia Financiera/Programa de Subsidio del Hospital y Código de Rentas Internas 501(r) deben presentar una Solicitud de Asistencia Financiera ("Solicitud") y proporcionar toda la documentación de respaldo requerida.

La Solicitud puede descargarse del siguiente sitio web: <https://www.inspirahealthnetwork.org>.

Se pueden solicitar copias impresas de la Solicitud llamando al Departamento de Servicios Comerciales para Pacientes del Hospital al 856-575-4780 o enviando una solicitud por correo a:

Atención: Financial Counseling
 Inspira Health
 Bridgeton Health Center
 333 Irving Avenue
 Bridgeton, NJ 08332



<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 5 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

Las copias impresas de la Solicitud están disponibles en cualquier área de registro de Admisiones Hospitalarias, Pacientes Ambulatorios o Sala de Emergencias. Además, se puede obtener en los siguientes lugares:

- *Departamento de Asesoramiento Financiero del Centro Médico Inspira en Vineland* ubicado en 1505 West Sherman Avenue, Vineland. La oficina está ubicada en la entrada para Pacientes Ambulatorios y los pacientes serán dirigidos por el escritorio de Bienvenida para Pacientes Ambulatorios ubicado en la entrada. El horario de oficina es de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.
- *Departamento de Asesoramiento Financiero del Centro de Salud Inspira de Bridgeton* ubicado en 333 Irving Avenue, Bridgeton. La oficina está ubicada en el vestíbulo de la entrada principal y el horario de atención es de lunes a viernes de 8:15 am a 4:45 pm.
- *Departamento de Asesoramiento Financiero del Centro de Salud Inspira de Woodbury* ubicado en 75 West Red Bank Avenue, Woodbury. La oficina está ubicada en el departamento de Servicios Comerciales para Pacientes y el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
- *Departamento de Asesoramiento Financiero del Centro Médico Inspira en Elmer* ubicado en 501 Front Street, Elmer. La oficina está ubicada junto al departamento de Registro en el vestíbulo principal y el horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 3:30 p. m.
- *Departamento de Asesoramiento Financiero del Centro Médico Inspira en Mullica Hill* ubicado en 700 Mullica Hill Road, Mullica Hill. La oficina está ubicada en el departamento de Registro en el vestíbulo principal y el horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p.m.

Solicitudes Completas (con toda la documentación requerida que se especifica a continuación) deben enviarse por correo a:

Atención: Financial Counseling
Inspira Health
Bridgeton Health Center
333 Irving Avenue
Bridgeton, NJ 08332

Los pacientes tienen 365 días a partir de la fecha de la primera facturación posterior al alta para enviar una Solicitud completa.

Si se recibe una Solicitud incompleta, el Hospital le proporcionará al paciente un aviso por escrito que describa la información/documentación adicional requerida para tomar una determinación de elegibilidad para la FAP y le dará al paciente una cantidad de tiempo razonable para proporcionar la información solicitada (30 días). Además, el Hospital también proporcionará al paciente una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo ("PLS" por sus siglas en inglés).

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 6 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

El hospital y cualquier tercero que actúe en su nombre suspenderá cualquier acción extraordinaria de cobro ("ECA" por sus siglas en inglés) para obtener el pago de la atención hasta que se tome una determinación de elegibilidad para la FAP.

Todas las solicitudes serán revisadas por el personal de Control de Calidad de Asesoramiento Financiero para verificar la precisión y garantizar el procesamiento adecuado de las cancelaciones.

El personal de Control de Calidad de Asesoramiento Financiero presentará todos los reclamos apropiados para el programa de Atención Caritativa de Nueva Jersey y garantizará las cancelaciones adecuadas del Programa de Asistencia Financiera/Programa de Subsidio del Hospital.

Documentos Requeridos

Los criterios y la documentación requeridos para determinar la elegibilidad para el Programa de Atención Caritativa de New Jersey, el Programa de Asistencia Financiera /Programa de Subsidio el Hospital y el descuento de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos son los siguientes:

1. Se requiere que los pacientes verifiquen sus ingresos con al menos un talón de pago actual de 1 a 3 meses antes de la fecha del servicio.
2. Los pacientes con pequeñas empresas y propiedades de alquiler deberán proporcionar la declaración de impuestos y/o un estado de pérdidas y ganancias más reciente. El estado de ganancias y pérdidas deberá incluir el número de identificación del preparador de impuestos cuando corresponda y debe aplicarse a los tres meses más recientes. Los ingresos se basarán en la utilidad neta.
3. Si no se informa ningún ingreso bruto familiar, se requerirá información sobre cómo se satisfacen las necesidades diarias.
4. El paciente debe proporcionar los nombres y fechas de nacimiento de todos los miembros de la familia utilizados para calcular el tamaño de la familia.
5. El Asesor Financiero tiene derecho a solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para verificar la elegibilidad.

V. Base Para Calcular Los Montos Cobrados a los Pacientes

A todos los pacientes sin seguro se les facturarán los servicios del Hospital a la tarifa de pago propio del Hospital, que es igual a la tarifa actual de Medicare del Hospital.

Por favor consulte el Apéndice B para determinar los descuentos aplicables a los pacientes elegibles para la Atención Caritativa de Nueva Jersey y/o Hospital Financial Assistance Program/Subsidy Program.

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 7 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

A cualquier persona que se determine que es elegible para la FAP no se le cobrará más que los Montos Generalmente Facturados ("AGB" por sus inglés) por servicios de atención de la salud de emergencia u otros medicamento necesarios de conformidad con el Código de Rentas Internas 501(r)(5).

Inspira ha optado por utilizar el método retrospectivo para calcular los porcentajes de AGB para cada una de sus instalaciones hospitalarias. El porcentaje de AGB se calcula anualmente y se basa en todos los reclamos permitidos por la tarifa por servicio de Medicare y todos los seguros de salud privados durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados.

Los porcentajes de AGB (por centro hospitalario) son:

Centro Médico Inspira Vineland/Bridgeton/Woodbury/Sicklerville:

- Paciente Hospitalizado: 19.7%
- Ambulatorio: 20.2%

Centro Médico Inspira Elmer/Mullica Hill/Woolwich:

- Paciente Hospitalizado: 20.5%
- Ambulatorio: 22.4%

Los porcentajes de AGB aplicables se aplicarán a los cargos brutos para determinar el monto de AGB que se puede cobrar a los individuos elegibles según esta política.

AGB es la cantidad máxima que se le cobrará a cualquier individuo elegible para FAP. De acuerdo con esta política, a la persona elegible para la FAP siempre se le cobrará el AGB o cualquier descuento disponible según la Parte III de esta FAP, lo que sea menor.

VI. Publicitando Ampliamente la FAP:

En un esfuerzo por brindar a nuestros pacientes y a la comunidad información relacionada con nuestra FAP, el Hospital hará lo siguiente para publicitar ampliamente la FAP:

1. Hacer que la FAP, la Solicitud y el PLS estén disponibles en el sitio web de Inspira Health Network: www.inspirahealthnetwork.org.
2. Hacer copias impresas de la FAP, la Solicitud y el PLS disponibles según previa solicitud sin cargo por correo y en los siguientes lugares públicos: Areas de Registro para Pacientes Ambulatorios y Salas de Emergencia del Hospital.
3. Informar y notificar a los miembros de la comunidad atendida por las instalaciones del hospital sobre la FAP. Inspira tiene la intención de lograr esto a través de la Alianza de Salud y Bienestar de Cumberland/Salem/Gloucester ("Alianza"), que es una organización exenta de impuestos de la Sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas para la cual Inspira desempeñó un papel integral en la organización. La Alianza tiene más de 40 miembros compuestos por agencias de servicio social repartidas por el área de servicio principal de Inspira en los condados de Cumberland, Salem y

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 8 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

Gloucester. Incluyen, entre otros, Centros de Salud Calificados Federalmente, YMCA, United Ways, sistemas escolares, Gateway Community Action Partnership, las universidades locales del condado, FamCare, Inc., la oficina del fiscal del condado, Scratch Coalition (servicios contra la adicción), Robin's Nest, departamentos de salud locales (municipales y del condado), Cámaras de Comercio, Centros de Éxito Familiar, Extensión Cooperativa de Rutgers, Planificación Familiar de NJ, The Southwest Council, Cooperativa Perinatal del Sur de NJ. La Alianza se reúne regularmente y ayuda con la redacción e implementación de nuestras Evaluaciones de Necesidades de Salud Comunitaria para los tres condados dentro del mercado principal de Inspira.

Inspira también notificará e informará a los pacientes que reciben atención de un centro hospitalario de Inspira sobre la FAP al:

1. Ofrecer una copia impresa del PLS a los pacientes como parte del proceso de admisión;
2. Instalar pantallas llamativas que notifiquen e informen a los pacientes sobre la FAP en lugares públicos del Hospital, incluidas todas las áreas de registro y el departamento de emergencias; y
3. Incluir un aviso escrito visible que informe a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera conforme a la FAP del Hospital en todas las facturaciones.

La FAP, la Solicitud y el PLS están disponibles en inglés y en el idioma principal de las poblaciones con dominio limitado del inglés ("LEP" por sus siglas en inglés) que constituyen lo que sea menor entre 1000 personas o el 5 % de la comunidad atendida por el área de servicio principal del hospital.

VII. Facturación y Cobros:

Procedimientos

Hasta que los pacientes sean considerados elegibles y aprobados para recibir asistencia financiera conforme a esta política, el Hospital continuará con sus actividades normales de facturación y cobro de la siguiente manera:

1. El hospital brindará suficiente servicio de seguimiento de la cuenta para garantizar que las aseguradoras y los pacientes reciban información precisa sobre la cuenta y la facturación.
2. Los pacientes tendrán la oportunidad de realizar pagos y/o solicitar asistencia financiera para todos los saldos pendientes.

El proceso de facturación se realizará de acuerdo con los siguientes lineamientos:

1. Para todos los pacientes asegurados, el Hospital facturará toda la información del tercero pagador (tal como la proporcionó o verificó el paciente) de manera oportuna.
2. Si un pagador deniega (o no procesa) un reclamo debido a un error del Hospital, el Hospital no facturará al paciente ningún monto que supere el monto por el cual el paciente habría sido responsable si el pagador hubiera pagado el reclamo.

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 9 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	---

3. Después de que los pagadores procesen las reclamaciones, el Hospital facturará a los pacientes oportunamente los montos de sus respectivas responsabilidades según lo determinen sus aseguradoras.
4. A todos los pacientes sin seguro se les facturará directamente de manera oportuna.
5. Las cuentas pueden remitirse a cobros si existe una base razonable para creer que el paciente debe la deuda. Sin embargo, las cuentas pueden colocarse en una agencia de cobro no antes de los 120 días a partir de la fecha de la primera facturación posterior al alta ("período de notificación").
 - a. Las cuentas pueden remitirse a cobros si el Hospital ha facturado correctamente a todos los terceros pagadores y la deuda restante es responsabilidad financiera del paciente. El hospital no facturará a un paciente ningún monto que una compañía de seguros esté obligada a pagar, a menos que la compañía de seguros se niegue a pagar el monto pendiente de recibir información o comunicación adicional del paciente.
 - b. El hospital no referirá cuentas a cobros mientras un reclamo de la cuenta aún esté pendiente de pago por parte del pagador, a menos que el pagador se niegue a pagar el monto pendiente de información adicional o comunicación del paciente.

Servicio al Cliente

Durante el proceso de facturación y cobro, el Hospital brindará un servicio de calidad al cliente cumpliendo con las siguientes pautas:

1. El hospital no tolerará lenguaje o conducta abusiva, acosadora, ofensiva, engañosa o falaz por parte de sus empleados.
2. El hospital mantendrá un proceso simplificado para las preguntas y disputas de los pacientes, que incluye un número de teléfono al que los pacientes pueden llamar, una dirección de correo electrónico y una dirección de la oficina comercial a la que pueden escribir. Esta información se incluirá en todas las declaraciones de los pacientes.
3. Después de recibir una comunicación del paciente (por teléfono, correo electrónico o por escrito), el personal del Hospital devolverá las llamadas a los pacientes lo antes posible (pero no más de un día hábil después de recibir la llamada, el correo electrónico o la carta).
4. El hospital mantendrá un registro diario de quejas y problemáticas de las quejas de los pacientes. El registro de quejas y problemáticas será revisado periódicamente por el Administrador de Cuentas del Paciente y el Supervisor de Efectivo y la información proporcionada se utilizará para mejorar y optimizar el proceso de facturación y cobro.

Todos los pacientes pueden solicitar un estado de cuenta detallado de sus cuentas en cualquier momento.

Todos los pacientes tendrán la oportunidad de comunicarse con el Hospital con respecto a la Asistencia Financiera para sus cuentas.

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 10 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	--

Cumplimiento con la Sección 501(r)(6) del Código de Rentas Internas

El Hospital no participa en ninguna Actividad Extraordinaria de Cobro ("ECA" según sus siglas en inglés) según lo define la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas antes del final del período de notificación.

Una vez que se recibe una solicitud FAP completa, el Hospital o cualquier agencia de cobro que trabaje en su nombre:

1. Suspenderá cualquier ECA contra el individuo;
2. Hará y documentará una determinación de elegibilidad de manera oportuna;
3. Notificar a la parte o individuo responsable por escrito de la determinación y base para la determinación; y
4. Si se considera elegible para la FAP, el Hospital procederá a:
 - a. Proporcionar 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 los montos generalmente facturados; y
 - b. Reembolsar cualquier pago en exceso realizado por el individuo.

El Hospital no participará en ninguna acción que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento por afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas en el departamento de emergencias u otras áreas donde dichas actividades podrían interferir con la prestación de atención de urgencia de forma no discriminatoria.

APÉNDICE A

La siguiente es una lista de proveedores, por especialidad, que brindan servicios de emergencia u otros servicios de atención médica médicamente necesarios en las instalaciones del Hospital que no están cubiertos por esta FAP.

<p><u>POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO</u></p> <p>ASUNTO: Política de Asistencia Financiera - Política de Facturación y Cobro *IHN*</p> <p>DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS ASESORAMIENTO FINANCIERO</p>	<p>Página 11 de 11</p> <p>Fecha de VIGENCIA: 01/01/2016</p> <p>Fecha de REVISIÓN: 01/11/2023 *APÉNDICE A – Revisión Trimestral</p>
--	--

- Médicos de Urgencias
- Hospitalistas y/o Intensivistas
- Radiólogos
- Patólogos
- Cardiólogos
- Anestesiólogos
- Cirujanos
- Médicos Consultores

Una lista de proveedores del Personal Médico asociados con cada especialidad anterior está disponible según previa solicitud en las oficinas del Personal Médico en Vineland y Mullica Hill o en el sitio web de Inspira Salud. Los médicos de admisión o de atención también pueden solicitar una consulta de cualquier proveedor del Personal Médico de Inspira en una especialidad distinta a las enumeradas anteriormente. Una lista completa de proveedores del Personal Médico que pueden brindar servicios médicamente necesarios como Médicos Consultores también está disponible a su pedido o en el sitio web de Inspira Salud.

No hay proveedores que brinden servicios de emergencia u otros servicios de atención médica médicamente necesarios en las instalaciones del Hospital que estén cubiertos por esta FAP.

APÉNDICE B*

***Por favor consulte la copia adjunta de los Requisitos de Elegibilidad para la Atención Caritativa actuales**