



Política:

CentraState sustancialmente, y cualesquiera otras entidades relacionadas (tal como se definen en el Código de Rentas Internas ("IRC") §501(r) los reglamentos definitivos), cumplirá con los requisitos del Servicio de Rentas Internas para IRC §501(c)(3) los hospitales bajo la Ley de atención asequible (Internal Revenue Code §501(r)), New Jersey Hospital Care (Programa de asistencia de pago N.J.A.C. 10:52) y Nueva Jersey Descuento no asegurados (Derecho Público 2008, Capítulo 60). CentraState sustancialmente, y cualquier entidad relacionada, aquí va ser referidos colectivamente como CentraState toda esta política.

CentraState proporcionará, sin discriminación, a los servicios sanitarios de emergencia esenciales a las personas independientemente de su capacidad de pago. CentraState cumple con todas las normas establecidas en la Ley Federal de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto activo Act ("EMTALA").

Es la política de CentraState para garantizar que todos los pacientes reciben esencial de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios independientemente de su capacidad de pago. La asistencia financiera está disponible a través de una variedad de programas para personas sin seguro y sin seguro de personas que no tienen la capacidad para pagar la totalidad o parte de los servicios hospitalarios prestados.

La asistencia financiera y los descuentos están disponibles en virtud de la presente Directiva sólo para casos de urgencia o de otros servicios de salud médicamente necesarios. No todos los servicios prestados en el hospital del CentraState e instalaciones externas están cubiertos bajo esta política y que no pueden ser elegibles para ayuda financiera a través de CentraState. Consulte el Apéndice A para obtener una lista de proveedores que ofrecen atención de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios en CentraState. En el presente apéndice se especifica qué proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no lo son. El proveedor listado será revisado y actualizado trimestralmente, si es necesario.

Objetivo:

Comunicar claramente la disponibilidad de asistencia financiera a los pacientes y a los posibles pacientes. CentraState ayudará a pacientes en los que se matriculan en los planes médicos de asistencia pública y facilitará el proceso de asistencia financiera.

Procedimiento:

CentraState ofrece asesoría financiera a los pacientes y sus familias antes, durante o después de sus servicios.

1. Electiva de pacientes hospitalizados y ambulatorios programados será contactado tan pronto como sea posible antes de los servicios programados.

2. Los ingresados se facilitará asesoramiento financiero tan pronto como sea posible durante la hospitalización, estancias en días hábiles regulares.

3. Para cualquier tarea programada electiva de pacientes hospitalizados o ambulatorios o cualquier hospitalizados no aconsejó durante su estancia y para todos los demás pacientes (incluidos pacientes en salas de emergencia), asesoría financiera será ofrecido por teléfono, por correo o en persona. Los pacientes reciben, en cada proyecto, un número de teléfono para llamar a un consejero financiero.

4. Asesores financieros están disponibles en el centro médico y en persona proyecciones.

Durante el proceso de asesoramiento financiero, CentraState proyectará el paciente para la elegibilidad a los programas de asistencia pública, incluyendo Medicare, Medicaid, el Fondo de enfermedades catastróficas para los niños, y la Oficina de compensación de los crímenes violentos. CentraState ayudará al paciente con el proceso de inscripción en los programas para los que el paciente tiene elegibilidad probables.

Si no elegibles para los programas de asistencia pública antes mencionados, se proyectará CentraState al paciente para la elegibilidad de ingresos y activos bajo el cuidado del Hospital de Nueva Jersey el programa de asistencia de pago ("atención de caridad"). El paciente será informado, tal como se indica en el programa de asistencia hospitalaria de Nueva Jersey Solicitud de participación ("Solicitud"), que es su responsabilidad proporcionar la documentación de residencia, identificación, ingresos, activos, etc. necesarios (descrito a continuación).

Si el paciente no está asegurado, CentraState determinará la elegibilidad para una reducción de las cargas, concretamente el 115% de las tarifas de Medicare, en conformidad con la Nueva Jersey de descuento no asegurados. El paciente recibirá el auto-informe de sus ingresos brutos durante la entrevista de asesoramiento financiero. En la ausencia de un asesoramiento financiero entrevista (como en el caso de una visita a la sala de emergencias), será CentraState rutinariamente del paciente en el momento de facturar el 115% de las tasas de reembolso de Medicare.

Criterios de elegibilidad: atención de caridad la caridad es libre de asistencia de cuidado o atención de carga reducida que está disponible para los pacientes que reciben servicios hospitalarios y ambulatorios en hospitales de agudos en todo el estado de Nueva Jersey.

La atención de caridad está disponible para residentes de Nueva Jersey

La atención de caridad está disponible para los residentes de Nueva Jersey que:

1. No tienen cobertura de salud o tienen cobertura que pague sólo una parte de la ley;
2. No son elegibles para cualquier cobertura patrocinados privadas o gubernamentales (tales

como Medicaid); y

3. Cumple los requisitos de ingresos y activos los criterios descritos a continuación.

La atención de caridad pueden estar disponibles para los no residentes de Nueva Jersey, sujetos a disposiciones específicas (tales como condiciones médicas de emergencia).

Criterios de ingresos - pacientes con ingreso bruto familiar inferior o igual al 200% de las Directrices Federales de Pobreza ("FPG") son elegibles para el 100% de cobertura de atención de beneficencia. Los pacientes con ingreso bruto familiar superior a 200% pero inferior o igual al 300% del FPG son elegibles para obtener descuentos en el cuidado bajo el programa de atención de beneficencia. Los cargos son gratuitos o con descuento determinado por la tarifa siguiente horario:

el ingreso como un porcentaje de las pautas de ingresos de pobreza HHS Porcentaje de Medicaid la tasa pagada por el paciente

es

inferior o igual a 200%	0% de tasa de Medicaid
superior a 200% pero inferior o igual al 225% del	20% de tasa de Medicaid
superiores a 225% pero inferior o igual al 250% del	40% de tasa de Medicaid
mayor que 250% pero inferior o igual al 275% del	60% de tasa de Medicaid
mayor que 275% pero inferior o igual al 300% del	80% de tasa de Medicaid
mayor que 300%	de la tasa de descuento no asegurados

Criterios activos - un patrimonio individual del paciente no puede exceder los \$7,500 y los bienes de la familia no puede exceder \$15,000 a partir de la fecha de servicio para ser elegible. Pasar de los activos, a través de un pago parcial de la factura del hospital está permitido para permitir al paciente que califica para Cuidado Caritativo. La cantidad por la cual el paciente es responsable después de atención de caridad parcial quedará limitada al 30% de los ingresos.

Descuento no asegurados de Nueva Jersey

New Jersey no asegurados de descuento está disponible para pacientes no asegurados cuya familia ingreso bruto es inferior al 500% del FPG. Sin embargo, CentraState ofrece tarifas de descuento a todas las personas no aseguradas (descrito a continuación).

Cálculo de las cantidades facturadas a los pacientes:

1. Pacientes no asegurados elegibles para atención de caridad

a. Pacientes sin seguro médico que califican para atención de caridad total o parcial tendrá sus facturas se redujo del 20% -100% basado en basado en los criterios de atención de beneficencia (discutido anteriormente).

2. Pacientes no asegurados no elegibles para Cuidado Caritativo

a. Pacientes no asegurados con la familia ingresos brutos entre 301%-500% de FPG contarán con un importante descuento, de acuerdo con el New Jersey no asegurados el descuento y se facturarán en el 115% de la tarifa de Medicare por servicios hospitalarios y ambulatorios. Si una tasa de Medicare no está establecida para un determinado servicio, 150% de los costos de Medicaid a cargo ratio para la fecha apropiada de servicio (para pacientes ambulatorios) o el 115% de la tasa (DRG de Medicaid para pacientes hospitalizados) serán utilizadas. Todas las facturas en el 115% de las tasas de reembolso de Medicare están sujetos a verificación, si el paciente se encuentra para tener ingresos en más de un 500% de FPG, el proyecto de ley será recalculada en una tasa más alta. Consulte 2b a continuación.

b. Pacientes no asegurados con ingresos de más de 500% de FPG recibirán un descuento considerable, y se le facturará al 150% de la tarifa de Medicare por servicios hospitalarios y ambulatorios. Si una tasa de Medicare no está establecida para un determinado servicio, el 150% de los costos de Medicaid a cargo ratio para la fecha apropiada de servicio (para pacientes ambulatorios) o el 150% de la tasa (DRG de Medicaid para pacientes hospitalizados) serán utilizadas. Este descuento también está disponible para los pacientes asegurados cuyas prestaciones de seguros se han agotado o por servicios no cubiertos, excluyendo los casos de cirugía estética.

3. Subasegurado pacientes elegibles para Cuidado Caritativo

a. Los pacientes asegurados que califican para atención de caridad tendrá deducibles, copagos, coseguro o otros gastos de bolsillo descuentan en el porcentaje adecuado.

4. Generalmente los importes facturados ("AGB")

a. Con arreglo al Internal Revenue Code §501(r)(5), en el caso de emergencia o atención médica necesaria, los pacientes elegibles para la ayuda financiera con arreglo a la presente Directiva no se cobran más de una persona que tiene seguro que cubra dichos cuidados.

b. Todos los pacientes elegibles para recibir asistencia en virtud de esta política pueden ser elegibles para este descuento. Esto incluye todos los pacientes sin seguro y sin seguro si sus pacientes los ingresos brutos familiares es mayor que 200% pero inferior o igual al 300% del FPG.

c. CentraState ha adoptado el método back AGB para calcular su porcentaje de 27.8%. El Agb porcentaje se calcula anualmente y se basa en todos los créditos admitidos por Medicare cuota-para-servicio plus todas las aseguradoras privadas de salud durante un período de 12 meses, dividido por el bruto cargos asociados con estas afirmaciones. El Agb aplicable % será aplicado a cargo bruto para determinar la AGB.

Cualquier paciente elegible para asistencia financiera serán siempre a cargo del menor de AGB o cualquier tasa de descuento disponibles en virtud de la presente Directiva.

Método para aplicar para ayuda financiera:

Los pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad para la atención de caridad deben presentar una solicitud debidamente cumplimentada. Como se ha mencionado anteriormente, una aplicación completa debe incluir ciertos documentos requeridos. Se requiere la siguiente documentación: •

Prueba de Identificación;

- Prueba de ingresos;
- Prueba de activos; y
- Prueba de residencia en Nueva Jersey.

Consulte la solicitud en la que se exponen los documentos necesarios para la presentación. Documentos adicionales pueden ser requeridos dependiendo de las circunstancias de la persona solicitante.

Un individuo puede aplicar para atención de caridad dentro de los siguientes plazos, el que sea más largo:

1. Dentro de 240 días desde la fecha del primer post-descarga instrucción de facturación; o
2. Dentro de 1 año (365 días) a partir de la fecha de servicio.

Los solicitantes serán informados de su asistencia financiera determinación (aprobación o denegación) por escrito en el plazo de 10 días hábiles desde el día en que el solicitante presente una solicitud completa. Si la aplicación no incluye documentación suficiente para hacer la determinación ("Solicitud") incompleta se notificará al solicitante. Esta notificación escrita se describirá la información adicional y/o la documentación necesaria para hacer una determinación de elegibilidad, así como incluir una copia del resumen en lenguaje llano CentraState ("PLS"), que se define más adelante en esta política.

Los solicitantes podrán presentar la documentación adicional/faltantes en el plazo de un año desde la fecha de presentación de la solicitud original, si la fecha de solicitud original estaba dentro del año de la fecha de servicio.

La aplicación está disponible en la página web: <http://www.centrastate.com>. CentraState

Además, las personas pueden solicitar una aplicación llamando CentraState del paciente del Departamento de Asesoría Financiera al (732) 294-2641 o servicios financieros del Paciente al (732) 2942565.

Las copias en papel de la aplicación también están disponibles en la siguiente ubicación:

CentraState Medical Center
Asesoría Financiera Departamento
1er piso (junto a la Admisión)
901 West Main Street
Freehold, New Jersey 07728

Las solicitudes completadas (con toda la documentación/información) debe ser enviada a:

CentraState Medical Center
Attn: Asesoría Financiera
901 West Main Street
Freehold, New Jersey 07728

Divulgar ampliamente el FAP, aplicación y PLS:

El PLS es una declaración escrita que notifica a un individuo que las instalaciones del hospital ofrece asistencia financiera y proporciona información sobre esta política en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender.

CentraState traduce su FAP, aplicación y PLS en otros idiomas donde el idioma principal del área de servicio primario del CentraState representa un 5% o 1.000 individuos; el que sea menor. Versiones traducidas disponibles bajo petición o en el siguiente sitio web: <http://www.centrastate.com>.

Las copias impresas de la FAP, la aplicación y la PLS disponibles bajo petición sin cargo por correo y están disponibles en diversas zonas en todo el hospital que incluyen el departamento de emergencias, los departamentos de admisiones y registro y asesoría financiera departamento.

Todos los pacientes recibirán una copia del PLS como parte de la admisión o en el proceso de descarga.

Signos o muestra será colocado visiblemente en hospital público ubicaciones que notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

CentraState también hará esfuerzos razonables para informar a los miembros de la comunidad acerca de la disponibilidad de asistencia financiera.

Facturación y cobranza procedimientos:

1. Los pacientes se facturará de forma rutinaria para saldos pendientes, será notificado de cualquier colección inminentes o acción legal. Los pacientes deberán ser proporcionados con información de contacto para discutir cualquier pregunta o problema.
2. Las facturas del paciente deberá indicar la disponibilidad de programas de pago. A petición del paciente, el siguiente calendario de pago de saldos de al menos \$100 puede ser convenida:

Balanza	de pagos mensuales de
\$100-\$450	¼ de equilibrio
\$451-\$3000	1/12 de equilibrio
por encima de \$3000	mínimo de \$250 por mes, o el 1% de los ingresos brutos/mes, el que sea mayor

Si el paciente y representante CentraState mutuamente de acuerdo sobre un calendario de pagos y los pagos son recibidos como acordado, más acción de cobro no se tomará.

Excepciones al horario arriba, podrá ser realizado por el supervisor, el crédito o sus superiores a petición del paciente, y la documentación por parte del paciente a la incapacidad de pagar de acuerdo con el calendario establecido.

Si, al final de la proyección financiera intentos y ciclo de facturación, el paciente no ha sido aprobado para asistencia financiera y/o no está en un plan de pago, o después de que ha habido un incumplimiento en el pago, el Departamento de Crédito determinará si la cuenta será asignado a una agencia de cobro y/o abogado para la colección.

Cumplimiento con el Internal Revenue Code §501(r)(6):

Los pacientes serán informados de la existencia de ayuda financiera antes de cualquier colección extraordinaria acciones (ECAs), tal como se define en el Internal Revenue Code §501(r)(6) son tomadas.

CentraState no participará en ningún ECA antes de que finalice el período de "notificación". La fecha del primer post-paciente descarga instrucción de facturación marcará el comienzo del período de notificación de 120 días durante los cuales no ECAs se llevará a cabo. Posterior al período de notificación, agencias de cobro y/o abogados pueden perseguir colección de la cuenta en nombre del CentraState. Autos de lesiones adjuntos y exclusión en una residencia principal no se utilizará.

Los pacientes se dará aviso por escrito al menos 30 días antes de la iniciación de cualquier ECAs. El escrito incluirá el PLS, identificar la cepa(s) que pretende iniciar CentraState y la fecha límite después de la cual dicha cepa(s) puede llevarse a cabo.

Si se presenta una solicitud incompleta, CentraState o cualquier tercero que actúe en su nombre, se suspenderá cualquier ECAs para obtener el pago de una cantidad de tiempo razonable hasta asistencia financiera o hasta una determinación de elegibilidad se hizo.

Una vez que se complete una solicitud es recibida, CentraState:

1. Suspender cualquier ECAs contra el individuo (cualquier tercero que actúe en su nombre también suspenderá ECAs emprendidas);
2. Realizar y documentar una determinación de elegibilidad en forma oportuna; y
3. Notificar a la parte responsable o persona por escrito de la determinación y la base para la determinación.

Si un paciente se considera elegible para ayuda financiera, CentraState:

1. Proporcionar una factura indicando el importe que la persona elegible debe, cómo ese monto fue determinado y cómo la información perteneciente a AGB puede ser obtenido;
2. Cualquier exceso de reembolso de los pagos efectuados por el individuo; y
3. Trabajar con terceros que actúen en nombre del CentraState que tomará todas las medidas disponibles para revertir cualquier ECAs adoptadas contra el paciente para cobrar la deuda.