

Asunto: Ayuda financiera para pacientes de bajos ingresos, no asegurados o con un seguro insuficiente

Fecha de entrada en vigencia: 04/29/2026

Responsabilidad primaria: Director - Servicios financieros para pacientes

I. Propósito:

Asegurarse de que todos los pacientes reciban los servicios de emergencia esenciales y otros servicios de cuidado de la salud médicamente necesarios proporcionados por las instalaciones hospitalarias de Atlantic Health System, Inc. ("Atlantic Health System"), independientemente de su capacidad de pago. Esta política aplica para cualquier hospital de Atlantic Health System, incluyendo Morristown Medical Center, Overlook Medical Center, Chilton Medical Center, Newton Medical Center, Hackettstown Medical Center, CentraState Medical Center, y cualquier clínica de Atlantic Health System designada como proveedor, de acuerdo con 42 C.F.R. 413.65.

II. Política:

La política de Atlantic Health System consiste en asegurarse de que los pacientes reciban los servicios de emergencia esenciales y otros servicios de cuidado de la salud médicamente necesarios proporcionados por sus instalaciones hospitalarias, independientemente de la capacidad de pago del paciente. La asistencia financiera está disponible a través de una variedad de programas para pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que, de otro modo, no tendrían la posibilidad de pagar la totalidad o parte de las facturas del hospital. Esta política aplicará para cualquier instalación hospitalaria de Atlantic Health System, como se indica anteriormente, y cualquier clínica de Atlantic Health System asignada como proveedor de acuerdo con las regulaciones federales que regulan el estado de la base de proveedores en 42 C.F.R. 413.65.

La asistencia financiera y los descuentos están disponibles solo para servicios de emergencia u otros servicios del cuidado de la salud médicamente necesarios. Algunos servicios, incluidos pero sin limitaciones, honorarios médicos, honorarios de anestesiología, interpretación radiológica y prescripciones a pacientes ambulatorios son independientes de los costos hospitalarios y quizá no sean elegibles para la asistencia financiera por medio de Atlantic Health System. Una lista de todos los proveedores, además de las instalaciones hospitalarias en sí, que proporcionan atención de emergencia u otros servicios de atención de la salud médicamente necesarios en las instalaciones hospitalarias, por clínica, especificando los proveedores cubiertos por esta Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) y que no se encuentran en el Apéndice A de esta FAP. Las listas de proveedores 2 se revisarán cada trimestre y se actualizarán si es necesario.

III. General:

- A. Atlantic Health System proporcionará servicios de atención médica, a pacientes hospitalizados y ambulatorios, a todos los residentes de Nueva Jersey que requieran atención de emergencia o médicamente necesaria, independientemente de la capacidad de pago del paciente por dichos servicios y de si dichos pacientes califican, y hasta qué grado, para recibir ayuda financiera de acuerdo con esta FAP.

- B. Atlantic Health System no participará en ninguna acción que evite que las personas busquen atención médica de emergencia, como el hecho de exigir que los pacientes del departamento de urgencias paguen antes de recibir tratamiento o permitiendo actividades de cobro de deudas en el departamento de urgencias u otras áreas en las que dichas actividades puedan interferir con la atención médica de emergencia en forma no discriminatoria.
- C. FAP de Atlantic Health System, una solicitud de asistencia financiera y el Resumen en Lenguaje Simple (PLS, por sus siglas en inglés) están disponibles en línea en el siguiente sitio web: <http://www.atlantichealth.org/financionalassistance>
- D. FAP de Atlantic Health System, una solicitud de asistencia financiera y PLS están disponibles en inglés y en el idioma principal de las poblaciones con poca fluidez en el inglés que constituyen menos de 1000 personas o el 5% de la comunidad a la que atiende cada área de servicio primario de las instalaciones hospitalarias. Las traducciones de FAP, la solicitud de asistencia financiera y PLS están disponibles en los idiomas que se establecen en el Apéndice B de esta FAP. Haremos todo lo posible para que la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS sean claros para los pacientes cuyos idioma principal no está incluido entre las traducciones disponibles.
- E. Están disponibles copias en papel de la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS, previa solicitud por correo electrónico, y se proporcionan en diversas áreas en todas las instalaciones hospitalarias, incluyendo los departamentos de admisión, los departamentos de urgencias y las oficinas de asesoría financiera que se mencionan a continuación. Las solicitudes de asistencia financiera se pueden entregar personalmente, por correo, fax o correo electrónico.

Oficinas de Asesoría Financiera: _ Call Center 1-844-487-3627

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, NJ 07960

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, NJ 07901

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, NJ 07444

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, NJ 07860

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, NJ 07840

CentraState Medical Center: 901 West Main St., Freehold, NJ 07728

- F. Si los pacientes requieren ayuda para conseguir las copias en papel de la FAP, la solicitud de asistencia financiera o el PLS, o si necesitan cualquier otro tipo de ayuda, pueden comunicarse con el Departamento de Servicio a Clientes al 1-800-619-4024 o visitar o ponerse en contacto con las Oficinas de Asesoría Financiera antes mencionadas.
- G. Se colocarán avisos y anuncios en varios lugares de los hospitales públicos, incluyendo áreas de admisión, departamentos de urgencias y Oficinas de Asesoría Financiera notificando e informando a los pacientes acerca de la disponibilidad de asistencia financiera.
- H. El PLS se les ofrecerá a todos los pacientes como parte del proceso de admisión.
- I. Atlantic Health System esta comprometido a ofrecer asistencia financiera, total o parcial, a pacientes elegibles que no tienen capacidad de pago para los servicios de atención médica de

emergencia y otros servicios médicamente necesarios. A fin de lograr esta meta de caridad, Atlantic Health System dará extensa publicidad a esta FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS en las comunidades a las que sirve, por medio de colaboraciones con el servicio social y agencias sin fines de lucro locales.

- J. Los pacientes o sus representantes pueden solicitar la asistencia financiera. Los pacientes o sus representantes podrán ser referidos a empleados de Atlantic Health System, los médicos u otras personas. Los asesores financieros explicarán los requisitos para los programas de asistencia financiera disponibles y determinará si un paciente es candidato para uno de estos programas. Aquellos pacientes que soliciten asistencia financiera deberán completar la solicitud de asistencia financiera de Atlantic Health System (incluyendo las páginas de certificación) y proporcionar la documentación de respaldo indicada en la solicitud, a fin de ser considerados para la asistencia financiera. Según sea necesario, se utilizarán materiales traducidos e intérpretes para permitir una comunicación eficiente con las personas que tengan poca fluidez en inglés.
- K. Un paciente no asegurado tiene hasta 365 días después de la primera factura posterior a que lo den de alta para presentar una solicitud de asistencia financiera. Un paciente asegurado o con un seguro insuficiente tiene hasta 365 días después de la primera factura posterior a que lo den de alta que refleje el procesamiento de una aseguradora para presentar una solicitud de asistencia financiera.

IV. **Programas de asistencia financiera:**

Los pacientes de Atlantic Health System pueden calificar para recibir atención médica gratuita o con descuentos en los diversos programas que se describen a continuación. En cada caso, se considerará que Atlantic Health System proporcionó asistencia financiera por una cantidad igual a los cargos en bruto por los servicios prestados, la suma neta de las cantidades pagadas por el paciente o la aseguradora del paciente (si corresponde) y cualquier reembolso o pago gubernamental por dichos servicios. Atlantic Health System informará sobre dichas cantidades netas (sujetas a la aplicación de una proporción entre costos y cargos, en los casos en que la asistencia financiera se informe de manera adecuada con base en los costos más que en los cargos) como la asistencia financiera proporcionada por la organización.

A. Programas estatales de Nueva Jersey:

1. Charity Care:

Este programa cubre únicamente cargos de hospitalización en cuidados agudos para servicios médicamente necesarios que el programa estatal de Medicaid no cubriría, si el paciente fuera candidato para Medicaid. La Oficina de Asesoría Financiera determinará si el solicitante es candidato, a más tardar diez (10) días hábiles a partir de que reciba la solicitud inicial completa. Si la solicitud está incompleta (por ejemplo, no se proporcionó un comprobante de ingresos/valores líquidos solicitado o si el que se entregó es adecuado), se emitirá una negación por escrito, detallando la documentación adicional necesaria para obtener la aprobación. Un solicitante no asegurado tiene hasta 365 días a partir de la fecha de la factura posterior al alta para volver a presentar una solicitud para Charity Care con la documentación requerida. Un solicitante asegurado o con un seguro insuficiente tiene hasta 365 días a partir de la fecha de la factura posterior al alta reflejando el procesamiento por una aseguradora para volver a presentar su solicitud en Charity Care con la documentación requerida. Un paciente candidato para Charity Care recibirá atención médica sin costo o con un descuento de los cargos netos, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el **Apéndice C**.

Los solicitantes que no son candidatos pueden volver a presentar una solicitud en una fecha posterior cuando requieran los servicios y sus circunstancias económicas hayan cambiado.

Charity Care es un programa estatal disponible para los residentes de Nueva Jersey que:

- a. No tienen la cobertura de un seguro médico o tienen una cobertura que solo paga parte de la factura,
- b. No son candidatos para ninguna cobertura privada o patrocinada por el gobierno (como Seguro Social (jubilación y discapacidad); Ingresos Complementarios del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés), acompañada por Medicaid; o Medicaid) y
- c. Cumplen con los criterios de elegibilidad, tanto en cuanto a sus ingresos como a sus valores líquidos, establecidos por el Estado.

Criterios adicionales para ser candidato a Charity Care:

- a. Se seleccionará a los pacientes para el programa Charity Care, que cubre (i) 100% de los cargos para los pacientes con un ingreso familiar bruto menor o igual al 200% del nivel de pobreza federal; y (ii) una porción de los cargos para los pacientes con un ingreso familiar bruto mayor al 200% pero menor o igual al 300% del nivel de pobreza federal, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el **Apéndice C**.
- b. Los límites de elegibilidad para Charity Care son un límite de valores líquidos individuales de \$7500 y un límite valores líquidos familiares de \$15000. Para los propósitos de esta Sección, los miembros de la familia cuyos valores líquidos se deben considerar están definidos por NJAC. 10:52-11.8(a) como sigue. El tamaño de la familia para un solicitante adulto incluye al solicitante, su cónyuge, todos los hijos menores de edad que dependen de él y los adultos de los cuales el solicitante es legalmente responsable. El tamaño de la familia para un solicitante menor de edad incluye a ambos padres, al cónyuge de uno de los padres, los hermanos

menores y cualquier adulto en la familia del que los padres son legalmente responsables. Si un solicitante documenta que abandonó a su cónyuge o a uno de sus padres, ese cónyuge o padre no se incluirán como miembros de su familia. Una mujer embarazada cuenta como dos miembros de la familiar.

Documentación requerida para la Sección de Charity Care del Manual de Servicios Hospitalarios, NJAC. 10:52 y los siguientes, incluye:

- a. Documentos de identificación apropiados del paciente y su familia. Pueden incluir cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, credencial del seguro social, credencial del registro de extranjeros, acta de nacimiento, talonario de cheques de nómina, pasaporte, visa, etc.
- b. Comprobante de residencia en Nueva Jersey en la fecha del servicio (nota: en ciertas circunstancias, la atención médica de emergencia es una excepción para el requisito de la residencia). Pueden incluir cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, credencial del padrón electoral, credencial de identificación como miembro de un sindicato, credencial de identificación de un plan de seguros o de bienestar, credencial de estudiante, comprobante de pago de algún servicio, declaración del impuesto sobre la renta federal o una declaración de beneficios por desempleo.
- c. Comprobante de ingresos netos. Este debe incluir los detalles que requiere el hospital para determinar el ingreso neto del paciente (uno de los siguientes):
 - i. Ingreso neto real durante los 12 meses anteriores a los servicios.
 - ii. Ingreso neto real durante los 3 meses anteriores a los servicios.
 - iii. Ingreso neto real durante el mes anterior a los servicios.
- d. Comprobante de valores líquidos en la fecha del servicio. Estos son artículos que se pueden convertir fácilmente en dinero en efectivo como acciones, bonos, cuentas de ahorro individual para el retiro (IRA, por sus siglas en inglés), certificados de depósito (CD, por sus siglas en inglés), cuentas de cheques y de ahorros o capital patrimonial invertido en una residencia no primaria.

2. Elegibilidad para Atención Médica con Descuento de acuerdo con NJSA. 26:2H-12.52:

Los pacientes no asegurados que sean residentes de Nueva Jersey con un ingreso familiar neto por debajo del 500% del nivel de pobreza federal serán candidatos para recibir atención médica con descuento de acuerdo con la Sección IV.C. de la FAP. Los requisitos de documentación correspondientes a Charity Care y establecidos en la Sección A.1. anterior aplican para las determinaciones de la elegibilidad en la Sección, excepto cuando los límites de valores líquidos individuales y familiares no apliquen para la elegibilidad para la atención médica con descuento en la Sección.

3. Programa del Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas:

El Programa del Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas del Estado de Nueva Jersey proporciona asistencia financiera a familias con hijos que padecen una enfermedad catastrófica. La información acerca de la elegibilidad, los gastos elegibles y una solicitud para recibir la asistencia se encuentran en <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. Oficina de Compensaciones para Víctimas de Crímenes de Nueva Jersey:

El Estado de Nueva Jersey estableció la Oficina de Compensaciones para Víctimas de Crímenes de Nueva Jersey para compensar a las víctimas de algún crimen las pérdidas y gastos, incluidos ciertos gastos médicos, resultantes de algunos actos criminales. La información acerca de la elegibilidad, los gastos elegibles y una solicitud para recibir la asistencia se encuentran en <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

B. Pago por cuenta propia:

1. Residentes de Nueva Jersey

A los pacientes no asegurados que no califican para Charity Care ni ningún otro tipo de programa de asistencia financiera con fondos federales o estatales se les cobrará como sigue:

- i. Pacientes hospitalizados: A los pacientes que reciben tratamiento médicamente necesario estando hospitalizados se les cobrará la tarifa del grupo relacionado con el diagnóstico (DRG, por sus siglas en inglés) de Medicare apropiada más 15% por el servicio recibido.
- ii. Pacientes ambulatorios: A los pacientes que reciban servicios de atención ambulatoria en Atlantic Health System se les cobrará el 115% de la tarifa de Medicare apropiada.

2. Pacientes fuera del estado y extranjeros

- a. Pacientes hospitalizados: A los pacientes que reciben tratamiento médicamente necesario estando hospitalizados se les cobrará DRG de Medicare más el 25% por los servicios recibidos.
- b. Pacientes ambulatorios: A los pacientes que reciban servicios de atención ambulatoria en Atlantic Health System se les cobrará el 115% de la tarifa de Medicare apropiada.

C. Cantidades que generalmente se facturan

A los pacientes no asegurados, que son residentes de Nueva Jersey, que tienen un ingreso neto familiar por debajo del 500% del nivel de pobreza federal, que no califican para los programas de asistencia financiera con fondos federales y estatales (excepto Charity Care) se les aplicará un descuento en su cuenta de acuerdo con la Sección IV. Al presentar una solicitud de asistencia financiera y una determinación de que el paciente es candidato para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta Sección, se le cobrará la cantidad más baja de las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) o la tasa de Medicare adecuada más el 15%.

Atlantic Health System eligió utilizar el método de actualización para cada instalación hospitalaria correspondiente. Los porcentajes de AGB (por instalación hospitalaria) son:

Morristown Medical Center: 23.97%
Overlook Medical Center: 26.50%
Chilton Medical Center: 19.32%
Newton Medical Center: 12.60%
Hackettstown Medical Center: 19.07%
CentraState Medical Center: 26.70%

De acuerdo con la Sección de Códigos de Impuestos Internos 501(t), cada instalación hospitalaria usó el método de actualización para calcular su porcentaje de AGB correspondiente. Los porcentajes de AGB se calcularon con base en todas las declaraciones permitidas durante un periodo de 12 meses divididas entre los cargos netos asociados con estas declaraciones. Se seleccionó la siguiente combinación de contribuyentes para todas las instalaciones hospitalarias: Tarifa por el servicio de Medicare + todas las compañías de seguros médicos privadas.

Los porcentajes de AGB se actualizarán cada año a ciento veinte (120) días del final del año calendario. Si el porcentaje de AGB calculado da como resultado una cantidad **menor que** la cantidad que debe el paciente, este último solo será responsable de pagar la cantidad calculada con base en AGB.

Si el porcentaje de AGB calculado da como resultado una cantidad **mayor que** la cantidad que debe el paciente, este último solo será responsable de pagar la cantidad calculada con base en los programas de asistencia antes mencionados.

V. Política de facturación y cobro

Esta Sección establece las políticas de facturación y cobro, así como los procedimientos de Atlantic Health System, y explica las acciones que es posible llevar a cabo si una factura de atención médica, incluso si no se paga una factura por el saldo restante después de aplicar los descuentos por la asistencia financiera. A las agencias de cobro y a los abogados que actúan en representación de Atlantic Health System se les proporcionará una copia de esta FAP.

Cada aviso de factura incluirá una notificación acerca de la disponibilidad de la asistencia financiera, además del número de teléfono de la Oficina de Asesoría Financiera de la institución hospitalaria específica, donde el paciente podrá recibir información acerca de la FAP y ayuda con la solicitud de asistencia financiera. El aviso de factura también incluirá la dirección del sitio web donde es posible obtener las copias de la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS.

- A. Periodo de notificación: Atlantic Health System facturará a los pacientes cualquier saldo pendiente, en cuanto se confirme el saldo del paciente. Para los pacientes no asegurados, el primer aviso de factura posterior al alta marcará el comienzo del periodo de notificación de 120 días en el que no se iniciarán acciones de cobro extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) (definidas a continuación) contra el paciente. Para los pacientes no asegurados o con un seguro insuficiente, el primer aviso de factura posterior al alta marcará el comienzo del periodo de notificación de 120 días en el que no se iniciará ninguna ECA contra el paciente (“el periodo de notificación de 120 días”).
- B. Cuando el paciente esté en mora, se le enviará una notificación ofreciendo la posibilidad de analizar la factura para determinar si requiere asistencia financiera o un plan de pagos nuevo o revisado. Atlantic Health System puede aceptar pacientes que soliciten y establezcan planes de pagos.
- C. Cuando no se haya recibido ningún pago al término del periodo de notificación de 120 días y un paciente no haya solicitado asistencia financiera ni se haya puesto de acuerdo con la Oficina de Asesoría Financiera de las instalaciones hospitalarias para determinar un plan de pagos alternativo, la cuenta del paciente pasará a una agencia de cobro. Atlantic Health System informará al paciente por escrito que su cuenta pasará a una agencia de cobro, en caso de no recibir ningún pago en un lapso de 10 días (la “Notificación Final”). La Notificación Final informará al acerca de la disponibilidad de la asistencia financiera para pacientes elegibles e incluirá el

número de teléfono de la Oficina de Asesoría Financiera de la institución hospitalaria específica, donde el paciente podrá recibir información acerca de la FAP y ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera. El aviso de factura también incluirá la dirección del sitio web donde es posible obtener las copias de la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el PLS.

- D. Atlantic Health System podrá autorizar a las agencias de cobro y a los abogados que actúan en representación de Atlantic Health System (un "Tercero") que inicie ECA sobre las cuentas de pacientes en mora después del periodo de notificación de 120 días. Una vez que una cuenta ha sido referida a un Tercero, este último confirmará que se han hecho los esfuerzos razonables por determinar si un paciente es candidato a recibir asistencia financiera de acuerdo con la FAP y que se han realizado las siguientes acciones, antes de iniciar una ECA:
1. Se le entregó al paciente una notificación por escrito (la "Carta a los 30 días") que: (a) indica que está disponible asistencia financiera para los pacientes elegibles; (b) identifica la(s) ECA que el Tercero intenta iniciar para obtener el pago de la atención médica; y (c) establece una fecha límite después de la cual podrán iniciarse esas ECA (fecha límite que no será anterior a 30 días a partir de la fecha de entrega de la notificación);
 2. La Carta a los 30 días incluye una copia de un resumen en lenguaje sencillo de la FAP; y que
 3. Atlantic Health System y/o el Tercero han hecho lo razonablemente posible para notificar verbalmente al paciente sobre la FAP y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.
- E. Una vez que se ha confirmado que se han hecho los esfuerzos razonables por determinar si un paciente es candidato para la asistencia financiera según la FAP, los Terceros pueden iniciar las siguientes ECA contra un paciente para obtener el pago de la atención médica:
1. Acciones que requieren un proceso legal o judicial, que incluyen, pero sin limitarse a lo siguiente:
 - a. Embargo sobre una propiedad del paciente, excepto cuando se indique lo contrario en la Sección 501(r) del Código de Ingresos Interno (IRC, por sus siglas en inglés);
 - b. Inicio de una acción civil contra un paciente;Las acciones podrán iniciarse si el saldo de la deuda es de \$800 o más en total.
 2. Las ECA no incluyen embargos sobre procedimientos de juicios por lesiones personales, acuerdos o compromisos, así como tampoco demandas presentadas en bancarrota.
- F. En caso de recibir una solicitud de asistencia financiera incompleta, Atlantic Health System proporcionará al paciente una notificación por escrito que describa la información o documentación adicional requerida para tomar una determinación de elegibilidad para la FAP. Atlantic Health System informará a los Terceros que se presentó una solicitud de asistencia financiera incompleta y los Terceros suspenderán todas las ECA para obtener el pago por la atención médica durante un periodo de 30 días.
- G. En caso de recibir una solicitud de asistencia financiera completa, Atlantic Health System se asegurará de que se lleve a cabo lo siguiente:
1. Se suspenderán las ECA contra el paciente
 2. Se llevará a cabo la determinación de la elegibilidad y se documentará en forma oportuna;

3. Atlantic Health System notificará por escrito al paciente la determinación y la base para la determinación;
4. Se proporcionará un aviso de factura actualizado, que indicará la cantidad debida por el paciente elegible para la FAP (si corresponde), cómo se determinó esa cantidad y el porcentaje de AGB correspondiente;
5. Cualquier cantidad pagada que exceda la cantidad que debe el paciente elegible para la FAP se reembolsará en forma correspondiente (si es el caso); y
6. Los Terceros tomarán todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA emprendida contra los pacientes para cobrar la deuda, como la anulación de un juicio o levantar un gravamen o embargo.

H. Si alguna de las instalaciones hospitalarias realiza determinaciones de supuesta elegibilidad, se requiere lo siguiente:

1. Si un paciente se determina elegible por una cantidad menor a la asistencia financiera más generosa disponible de acuerdo con la FAP, Atlantic Health System:
 - a. Notificará al paciente sobre las bases para la determinación de la supuesta elegibilidad para la FAP y le explicará cómo solicitar una asistencia más generosa.
 - b. Dará al paciente un tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de autorizar el inicio de las ECA para obtener la cantidad descontada calculada.
 - c. Volverá a determinar el estatus de elegibilidad del paciente para la FAP, en caso de recibir una solicitud para asistencia financiera completa.

Referencias:

Servicio de Impuestos Internos, 26 CFR Partes 1, 53 y 602, Requisitos adicionales para hospitales de caridad; Evaluaciones de las necesidades de salud de la comunidad para hospitales de caridad; Requisito para una declaración de impuestos de la Sección 4959 y tiempo para presentar la declaración; Regla final; NJSA. 26:2H-12.52; NJAC 10:52

Resumen de revisión/aprobación: Comité de Vigilancia de Políticas de AHS (APOC, por sus siglas en inglés) y Junta Directiva de AHS			
Fecha de inicio:	11/08/2004	Fecha de aprobación del APOC:	04/01/2026
Fecha de la última revisión:	02/25/2025	Fecha de aprobación de la junta de AHS:	04/28/2026

APÉNDICE A

LISTA DE PROVEEDORES

La Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de The Atlantic Health System, Inc. (Atlantic Health System) aplica para atención médica de emergencia o médicamente necesaria proporcionada en un hospital de Atlantic Health System o en una clínica ambulatoria de la base de proveedores facturada por AHS Hospital Corp., una subsidiaria de Atlantic Health System.

La FAP también aplica para atención médica a pacientes hospitalizados de emergencia o médicamente necesaria proporcionada en un hospital de Atlantic Health System por médicos de Practice Associates Medical Group, P.A. que opera bajo el nombre de Atlantic Medical Group (“AMG”). La FAP no aplica para los honorarios profesionales facturados por médicos del AMG por la atención médica proporcionada fuera de un hospital de Atlantic Health System.

OTROS PROVEEDORES PUEDEN PARTICIPAR EN SU ATENCIÓN MÉDICA EN LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS AMBULATORIAS DE ATLANTIC HEALTH SYSTEM. SI ESOS PROVEEDORES NO SE MENCIONAN DE MANERA ESPECÍFICA EN LA LISTA ANTERIOR, NO SIGUEN LA POLÍTICA DE ASISTENCIA DE ATLANTIC HEALTH SYSTEM. ESOS PROVEEDORES LE VAN A FACTURAR POR SEPARADO Y NECESITARÁ ACORDAR EL PAGO EN FORMA CORRESPONDIENTE.

Esta Lista de proveedores se revisará cada trimestre y se actualizarán si es necesario. Para aclarar sus dudas acerca de la FAP o de esta Lista de proveedores, comuníquese al Departamento de Servicio a Clientes al 1-800-619-4024. Página 11 de 12

APÉNDICE B

Las traducciones de FAP, la solicitud de asistencia financiera y PLS están disponibles en inglés y en los siguientes idiomas:

Árabe
Armenio
Chino
Francés criollo
Griego
Guyaratí
Hindi
Italiano
Japonés
Coreano
Polaco
Portugués
Ruso
Serbocroata
Español
Tagalo

CRITERIOS PARA EL INGRESO
CRITERIOS PARA LA ELEGIBILIDAD PARA CHARITY CARE Y CHARITY CARE REDUCIDO
Fecha de entrada en vigencia: 15 de marzo de 2026

El paciente debe cumplir con los criterios para el ingreso y los valores líquidos

CRITERIOS PARA EL INGRESO

Porcentaje de cargos pagados por el paciente cuando
El ingreso anual neto se encuentra dentro de los siguientes rangos

	El paciente paga 0% de los cargos	El paciente paga 20% de los cargos	El paciente paga 40% de los cargos	El paciente paga 60% de los cargos	El paciente paga 80% de los cargos	El paciente paga 100% de los cargos
Tamaño de la familia	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$31,920 o menos	\$31,921 a \$35,910	\$35,911 a \$39,900	\$39,901 a \$43,890	\$43,891 a \$47,880	\$47,881 o más
2	\$43,280 o menos	\$43,281 a \$48,690	\$48,691 a \$54,100	\$54,101 a \$59,510	\$59,511 a \$64,920	\$64,921 o más
3	\$54,640 o menos	\$54,641 a \$61,470	\$61,471 a \$68,300	\$68,301 a \$75,130	\$75,131 a \$81,960	\$81,961 o más
4	\$66,000 o menos	\$66,001 a \$74,250	\$74,251 a \$82,500	\$82,501 a \$90,750	\$90,751 a \$99,000	\$99,001 o más
5	\$77,360 o menos	\$77,361 a \$87,030	\$87,031 a \$96,700	\$96,701 a \$106,370	\$106,371 a \$116,040	\$116,041 o más
6	\$88,720 o menos	\$88,721 a \$99,810	\$99,811 a \$110,900	\$110,901 a \$121,990	\$121,991 a \$133,080	\$133,081 o más
7	\$100,080 o menos	\$100,081 a \$112,590	\$112,591 a \$125,100	\$125,101 a \$137,610	\$137,611 a \$150,120	\$150,121 o más
8	\$111,440 o menos	\$111,441 a \$125,370	\$125,371 a \$139,300	\$139,301 a \$153,230	\$153,231 a \$167,160	\$167,161 o más
Para familias con más de 8 miembros, sume las siguientes cantidades a la cantidad más alta en cada columna por cada miembro de la familia adicional.						
	\$11,360	\$12,780	\$14,200	\$15,620	\$17,040	
* Una mujer embarazada cuenta como 2 miembros de la familia.						
Si pacientes en la escala de cuotas del 20% al 80% son responsables de gastos médicos pagados directamente de su bolsillo calificados superiores al 30% de su ingreso anual neto (es decir, facturas que no pagan otras partes), la cantidad que excede el 30% se considera asistencia para pagos hospitalarios (atención médica de caridad).						

CRITERIOS PARA LOS VALORES LÍQUIDOS

Los valores líquidos individuales no pueden exceder los \$7,500.00 y los valores líquidos familiares no pueden exceder los \$15,000.

15 de marzo de 2026