

Centro Médico Holy Name

Póliza de asistencia financiera

En vigencia desde: 04/30/2026

Declaración de política

Centro Médico Holy Name (HNMC) está comprometido a brindar atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen necesidades de atención médica, sin importar si no están aseguradas, tienen una cobertura insuficiente, no son elegibles para programas gubernamentales o no pueden pagar por alguna otra razón. La misión del HNMC es ayudar a nuestra comunidad a lograr el nivel de salud más alto que se pueda lograr mediante la prevención, educación y tratamiento. Somos una comunidad de cuidadores comprometidos con un sacerdocio de sanación, que abrazamos la tradición de los principios católicos, la búsqueda de la excelencia profesional y la administración concienzuda.

Cumplimiento de requisitos normativos

El HNMC cumple con todas las leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que se pudieran aplicar a las actividades realizadas en conformidad con su Política de Asistencia Financiera (“FAP”).

Descripción de la política

Aquellos pacientes que no tienen seguro o que pudieran considerar que tienen un seguro insuficiente, pueden solicitar asistencia financiera en conformidad con la FAP del HNMC.

Requisitos de elegibilidad

Todos los pacientes recibirán información concerniente a la (FAP) del HNMC en un Resumen en lenguaje sencillo (“PLS”) en el proceso de admisión. Todo paciente que solicite asistencia financiera será sometido a una investigación por parte de un asesor financiero de Centro Médico Holy Name. La necesidad financiera será determinada según los requisitos de elegibilidad de cada programa. A continuación, se informan los métodos para solicitar asistencia financiera y los programas disponibles.

Métodos para solicitar asistencia financiera

Los residentes de NJ que crean que pueden ser elegibles para Atención de Caridad o que ya fueron sometidos a una investigación previa para Atención de Caridad, pueden presentar su solicitud en línea en: www.holyname.org/Financial/files/CharityCareApplication.pdf. Aquellos individuos que no califiquen para Atención de Caridad y cuyos ingresos sean equivalentes hasta el 500% de las pautas federales de pobreza, pueden presentar su solicitud para otros programas de asistencia financiera del HNMC completando el formulario de solicitud de asistencia financiera en línea en: www.holyname.org/Financial/files/FAP-Form.pdf. Todos los formularios de solicitud también se pueden conseguir en persona en la oficina de asesoría financiera del HNMC, ubicada en el Departamento de Admisión de Pacientes, en la planta principal. La oficina de asesoría financiera del

HNMC está abierta de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 2:30 p.m. Puede concertar una cita llamando al 201-833-3157.

Aquellos pacientes que necesiten de atención de emergencia o médicamente necesaria, pueden solicitar asistencia financiera o Atención de Caridad. Se debe llevar a cabo una determinación de necesidad financiera antes de brindar servicios médicamente necesarios, con la excepción de servicios de atención de emergencia, que se brindarán sin retrasos en la atención del paciente en conformidad con la normativa de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Transporte en Trabajo de Parto Activo de 1986 (EMTALA). La necesidad de asistencia en el pago se puede reevaluar en cada ocasión subsiguiente en que se brinde servicio, pero no menos que anualmente y en cualquier momento que se conozca nueva información relevante para la elegibilidad del paciente para caridad o asistencia financiera.

Para los residentes de NJ, se exige prueba de residencia para programas estatales específicos, como Atención de Caridad. Tanto a los residentes de NJ como a los no residentes, que soliciten asistencia financiera en conformidad con la FAP del HNMC, se les solicitará la siguiente información, entre otros datos:

- Verificación de la cantidad de miembros de la familia (cónyuge y dependientes aplicables)
- Prueba de residencia en NJ (para programas del estado de NJ)
- Condición de inmigración o prueba de ciudadanía de Estados Unidos
- Identificación válida del paciente y todos los miembros de familia inmediata (cónyuge y niños menores)
- Informe crediticio
- Evidencia de activos, entre los que se cuentan los siguientes:
 - Estados de cuenta / estados de inversiones
 - Explicación de depósitos bancarios no justificados
 - Seguro de vida
 - Estados de 401K
 - Activos en bienes raíces que no fueran la residencia principal
- Cálculo de límites de ingresos anuales del período anterior de 12 meses basado en lo siguiente:
 - ❖ Formularios W-2
 - ❖ Cheques de paga de los últimos cuatro (4) períodos de paga
 - ❖ Declaraciones de impuestos sobre la renta federal de NJ del año anterior
 - ❖ Pagos del Seguro Social
 - ❖ Pagos por discapacidad

- ❖ Pagos por desempleo
- ❖ Estados de pensión
- ❖ Carta de beneficio de existencia general
- ❖ Ingresos por rentas
- ❖ Manutención de niños
- ❖ Asistencia monetaria
- ❖ Verificación escrita de ingresos de un empleador
- ❖ Declaración de beneficios de SSI o carta de determinación de beneficios
- ❖ Declaración de trabajador independiente
- ❖ Declaración de ganancias y pérdidas preparada por un especialista en impuestos
- ❖ Declaración de impuesto comercial
- ❖ Ingresos sin declarar
- ❖ Carta de apoyo (es decir, madre, padre, amigo, familiar, etcétera)

Si se determina que un paciente o garante es elegible para asistencia financiera, el hospital notificará al solicitante por escrito, tan pronto como fuera posible, pero antes de pasados los 10 días laborables desde el día en que se presentó la solicitud inicial completa

Si un paciente o garante no es elegible para asistencia financiera en conformidad con la FAP, el paciente o garante será informado por escrito o tan pronto como fuera posible, pero antes de pasados los 10 días laborables desde el día en que se hubo determinado que el solicitante no era elegible o que presentó una solicitud incompleta. La notificación incluirá una breve explicación de las razones de la denegación o una solicitud de presentación de documentos faltantes.

Programas y políticas de asistencia financiera del HNMC

I. New Jersey Atención de Caridad

NJ Atención de Caridad es atención gratuita o con descuento que se brinda a pacientes que reciben servicios de internación y ambulatorios en hospitales de cuidados agudos en hospitales de todo el estado de Nueva Jersey. Atención de Caridad está disponible solo para atención hospitalaria necesaria de emergencia o médica. Algunos servicios, tales como honorarios de médicos, honorarios de anesthesiólogos, interpretación de radiología y recetas para pacientes ambulatorios son independientes de los cargos hospitalarios y quizás no sean elegibles para descuentos.

En conformidad con las pautas de Atención de Caridad, la asistencia para pagos está disponible para los pacientes residentes en Nueva Jersey, cuyos ingresos brutos en el hogar sean de hasta 300% de las pautas federales de pobreza y quienes:

- No tengan cobertura de salud o tengan una cobertura que pague solo parte de la factura; y
- no sean elegibles para ninguna cobertura privada o patrocinada por el estado (como Medicaid); y

- ✓ Cumplan con los criterios de elegibilidad de ingresos y activos, tal como se describe a continuación:

Ingreso como porcentaje de Pautas de Ingresos de Pobreza de HHS	Porcentaje de cargos pagados por el paciente
inferior o equivalente a 200%	0%
superior a 200%, pero inferior o equivalente al 225%	20%
superior a 225%, pero inferior o equivalente al 250%	40%
superior a 250%, pero inferior o equivalente al 275%	60%
superior a 275%, pero inferior o equivalente al 300%	80%
superior al 300%	100%

Los activos individuales no pueden superar los USD 7500 y los activos familiares no pueden superar los USD 15 000. En caso de que los activos de un solicitante superen estos límites, puede “reducir” los activos hasta los límites elegibles mediante el pago del exceso en la factura hospitalaria y otros gastos médicos aprobados en efectivo.

La siguiente información se exigiría adicionalmente en la solicitud de Atención de Caridad para determinar la elegibilidad en el programa. Entre estos documentos, se cuentan los siguientes:

- ✓ Identificación válida del paciente y todos los dependientes inmediatos (cónyuge y niños menores o los que correspondieren).
- ✓ Prueba de residencia en NJ.
- ✓ Prueba de todos los ingresos percibidos y diferidos, entre los que se cuentan los siguientes: empleo, trabajador autónomo, pensiones, discapacidad, ingresos por renta, manutención de niños, pensión alimenticia y asistencia monetaria.
- ✓ Prueba de todos los activos (individuales, conjuntos, familia inmediata), entre los que se cuentan los siguientes: estados de cuentas bancarias, estados de inversiones, 401k y otras cuentas de retiro, seguro de vida con valor en efectivo y activos en bienes raíces que no fueran la residencia principal.

Los pacientes pueden solicitar u obtener una solicitud para Atención de Caridad en línea en www.holyname.org/financial/files/CharityCareApplication.pdf o llamando a la oficina de asesoría

financiera al 201-833-3157 para programar una cita. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 2:30 p. m.

Las solicitudes para Atención de Caridad se procesarán rápidamente luego de la recepción de una solicitud completa. Se informará al solicitante la decisión, cuando fuera posible, el mismo día de la solicitud, pero no puede demorar más de 10 días laborables desde el día de la presentación de la solicitud inicial completa.

El hospital debe brindarle a cada solicitante que solicite Atención de Caridad y se le deniegue, en su totalidad o en parte, una declaración escrita y con fecha de las razones de la denegación. El paciente o garante será informado por escrito o tan pronto como fuera posible, pero antes de pasados los 10 días laborables desde el día en que se hubo determinado que el solicitante no era elegible o que presentó una solicitud incompleta. Esta notificación debe establecer que el solicitante puede volver a presentar una solicitud si este considera que sus circunstancias financieras han cambiado, haciéndolo elegible para Atención de Caridad para futuros servicios. Cuando una denegación se basa en que hay ingresos que superan el 300% y es equivalente o inferior al 500% de las Pautas Federales de Pobreza, el solicitante calificará para otros programas de asistencia financiera en conformidad con la FAP del HNMC.

En el caso de solicitudes incompletas para atención de caridad, el HNMC notificará al paciente por escrito tan pronto como fuera posible, pero no puede demorar más de 10 días laborables desde el día en que el solicitante presentó la solicitud inicial, que tiene hasta (1) un año desde la fecha de servicio para presentar una solicitud de Atención de Caridad completa.

II. Tarifa de atención con descuento sin seguro de Nueva Jersey

Los pacientes residentes del estado de Nueva Jersey y que no tienen seguro, que no califican para Atención de Caridad y cuyos ingresos son inferiores o equivalentes al 500% de las pautas federales de pobreza, serán elegibles para un descuento basado en las tarifas de Medicare según el estatuto del estado de NJ P.L. 2008, Capítulo 60, aprobado el 8 de agosto de 2008, Asamblea, N.º 2609, en conformidad con lo promulgado por el Senado y la Asamblea General del Estado de Nueva Jersey. A aquellos pacientes que califiquen para el descuento sin seguro se les cobrará lo que fuera menor, el 115% de la tarifa de Medicare o el Monto Generalmente Facturado (AGB); el que fuera menor.

Una determinación de necesidad o aprobación de asistencia financiera mediante este programa exigirá que se complete el ***formulario de solicitud de asistencia financiera***:

www.holyname.org/Finacial/files/FAP-Form.pdf. La solicitud permitirá recabar información financiera pertinente según lo descrito en “Métodos para solicitar asistencia financiera” en la página 1.

III. Limitación de cargos / tarifa de atención descontada según porcentaje de AGB

En conformidad con el Código de Impuestos Internos 501 (r)(5), los cargos por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria para individuos elegibles para FAP en conformidad con la FAP del HNMC, estarán limitados, pero no se les facturará más que los montos generalmente facturados (AGB) a individuos que tengan un seguro que cubra dicha atención.

Una determinación de necesidad o aprobación de asistencia financiera mediante este programa exigirá que se complete el ***formulario de solicitud de asistencia financiera***:

www.holyname.org/Financial/files/FAP-Form.pdf. La solicitud permitirá recabar información financiera pertinente según lo descrito en “Métodos para solicitar asistencia financiera” en la página 1.

No se considerarán las solicitudes incompletas. En el caso de estas solicitudes, el HNMC notificará al paciente por escrito describiendo la información adicional o la documentación necesaria para tomar una decisión de elegibilidad para FAP. En esta ocasión, el HNMC suspenderá toda Actividad Extraordinaria de Cobro (ECA) para obtener pago por la atención. A los fines de 501 (r), un individuo tiene hasta 240 días desde la primera factura después del alta para solicitar asistencia financiera.

En conformidad con las normas hospitalarias, el HNMC decidió brindar un método conocido como “Método de análisis del pasado” para determinar el (AGB), que se evalúa anualmente. En conformidad con el Método de análisis del pasado: Los montos generalmente facturados a pacientes elegibles para FAP para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria se determinan multiplicando los cargos brutos del establecimiento por esa atención por uno o más porcentajes de AGB. El HNMC calcula sus porcentajes de AGB en un mínimo anualmente utilizando el período anterior de 12 meses de los reclamos pagados en su totalidad de la tarifa por servicio de Medicare y las aseguradoras de salud privadas y dividiendo las sumas de los cargos brutos correlacionados de esos reclamos durante el período anterior de 12 meses.

El HNMC debe comenzar a aplicar sus porcentajes de AGB hasta el 120° día después del final del período de 12 meses que el HNMC utilizó para calcular el porcentaje de AGB.

Todos los cálculos incluyen toda la atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria brindada por el HNMC. El HNMC utilizará los siguientes porcentajes de AGB y aplicará los cargos brutos para estas líneas de servicio:

Línea de servicio	Porcentaje de monto generalmente facturado (AGB %)
Sala de emergencias	43%
Servicios para pacientes ambulatorios	40%
Servicios de cirugía ambulatoria	48%
Servicios para pacientes hospitalizados	32%
Atención médica a domicilio	76%
Cuidados de hospicio	43%

Cargos brutos para atención x porcentaje de AGB = Montos generalmente facturados (AGB) que será el máximo que se puede facturar al paciente.

Política de Descuento de Atención Compasiva

Aquellos pacientes que no califiquen para ninguna cobertura patrocinada por el gobierno relacionada con la atención médica ni programas de la FAP del HNMC y no tienen cobertura de seguro primario, serán elegibles para nuestra Política de Descuento de Atención Compasiva. Este descuento se aplica

en el momento de la facturación. El descuento de atención compasiva solo es para pacientes sin seguro y no depende de criterios de ingresos ni activos, así como tampoco se necesita solicitud. Es para todos los pacientes que pagan sus gastos y que no califican o deciden no solicitar programas de asistencia de pago de hospital. Los descuentos que se aplican son para estudios de diagnósticos en pacientes ambulatorios, tales como servicios de radiología o laboratorio y una tarifa plana se aplica a los niveles de atención como los de internación (es decir, médicos, quirúrgicos o cuidados intensivos) o cirugías sin internación.

El descuento de atención compasiva no se aplica a saldos luego de pagos de seguros, cirugía estética y otros programas especiales. Este descuento se aplicará en el momento de la facturación.

Exclusiones de programas de asistencia financiera del HNMC

- Aquellos procedimientos o elementos que no son médicamente necesarios ni de emergencias.
- Artículos suntuarios como habitación privada, teléfono y servicios de televisión.
- Algunos de los servicios específicos según lo identificado por el hospital, se incluyen en la siguiente lista. Generalmente, estos servicios no son de emergencia ni médicamente necesarios. Sin embargo, siempre hay excepciones.

Cirugía estética	Cirugía por incontinencia
Procedimientos bariátricos (cinturón gástrico, bypass, manga y revisión)	Procedimientos robóticos
	Litotricia extracorpórea por onda de choque (LEOC)
Odontología cosmética	Mama con quiste sebáceo
Remoción de quistes o lesiones benignas	Reconstrucción de la pared abdominal o quiste
Tratamientos de fertilidad	Caso de aloinjerto u ortopédico

Las exclusiones están sujetas a cambios en cualquier momento.

Política de atención médica de emergencia

Se brindará atención para condiciones médicas de emergencia sin discriminación y sin importar la calificación del individuo en conformidad con nuestra política de FAP. Una condición médica de emergencia se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social, como parte de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo Parto (EMTALA). Según la EMTALA, una condición médica de emergencia es una condición médica aguda que si no recibe atención médica inmediata podría tener como resultado alguna de las siguientes consecuencias, entre otras:

- Poner la salud del individuo en serio riesgo
- Discapacidad grave de las funciones corporales

- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

El HNMC cumple las normas de la EMTALA que prohíben que los establecimientos hospitalarios correspondientes participen en acciones que retrasen la provisión de estudios y tratamiento para una condición médica de emergencia para averiguar acerca de un método de pago o condición de seguros o la utilización de procesos de inscripción que desalienten indebidamente a individuos de permanecer para más estudios, tales como solicitar el pago inmediato antes o durante la provisión de un estudio o tratamiento de estabilización para condiciones médicas de emergencia.

No se le exigirá a ningún paciente del departamento de emergencias pagar antes de recibir tratamiento ni se permitirán actividades de cobro de deudas en el departamento de emergencias.

Divulgación y disponibilidad de la política

Para garantizar que la comunidad a la que el HNMC brinda servicio esté informada acerca de la FAP, se exhibirán señales informativas, afiches, etc. en inglés, español y coreano para informar a los pacientes acerca de la disponibilidad de asistencia financiera y cómo solicitarla, en áreas de acceso al público; es decir, la sala de emergencias y Admisión de Pacientes. Durante el proceso de registro de admisión, se brindará el PLS de la FAP del HNMC a todos los pacientes.

El HNMC también traducirá su FAP, el formulario de solicitud de asistencia financiera, y el PLS de su FAP a otros idiomas en aquellos casos en que la lengua materna de los residentes de la comunidad a la que brinde servicio el HNMC represente el 5% o 1000; el valor que fuera menor; de la población de individuos que tuvieran posibilidades de ser afectados o que acudan al HNMC. Las versiones traducidas se pondrán a disposición mediando solicitud y también se publicarán en el sitio web del HNMC. En aquellas circunstancias en las que una cantidad importante de pacientes no pudiera leer y escribir en inglés o cuya lengua materna fuera otra que aquellas que el HNMC ya tradujo, puede solicitar asistencia para completar los formularios exigidos.

La política completa de la FAP, PLS y el formulario de solicitud de asistencia financiera, además de la solicitud de Atención de Caridad están a disposición en el sitio web del HNMC en:

www.holyname.org/Finacial. Mediando solicitud, puede recibir una copia gratuita por correo o una copia impresa en la Oficina de Asesoría Financiera del HNMC y en el Departamento de Admisión de Pacientes en la planta principal.

Política de Facturación y Cobro

Puede encontrar las políticas de facturación y cobro en:

www.holyname.org/Finacial/billing-collection-policy.aspx

Grupos de médicos

Centro Médico Holy Name tiene médicos que brindan atención de emergencia y otra atención o servicios médicamente necesarios a nuestros pacientes que se cobran independientemente del hospital y no están cubiertos bajo la FAP del HNMC. El HNMC también ha incorporado entidades que no están regidas por la FAP del HNMC. Consulte el Anexo “A” en el sitio web del HNMC:

www.holyname.org/Finacial/files/Exhibit-A.pdf para acceder a una lista de los departamentos del

hospital donde los servicios de médicos se brindan pero no están contemplados en la FAP del HNMC y las entidades incorporadas. Este anexo se realizará como mínimo trimestralmente para todo cambio necesario.