Política de ayuda caritativa/asistencia financiera de HSS Northern NJ SURGERY CENTER

Revisado: 10 de febrero de 2025

Si le preocupa no poder pagar por su atención médica, nosotros podemos ayudarle. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** brinda ayuda financiera para los servicios que son médicamente necesarios y de emergencia en función de la necesidad financiera de un paciente e incluye un descuento basado en sus ingresos para los pacientes que reúnen los requisitos. La ayuda puede estar disponible para los pacientes que no tienen seguro y para aquellos que están subasegurados. Podemos trabajar con usted para organizar un plan de pago razonable.

Nuestra política de asistencia financiera aplica únicamente para los servicios que presta **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.

A continuación, encontrará la versión completa de esta política. En nuestro sitio web, usted puede acceder a la versión completa de la política, una solicitud e información adicional, incluida una lista completa de los proveedores que participan en la política de asistencia financiera de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** . Visite www.hss.edu/hss-northern-nj-surgery-center.asp para obtener más información. También puede llamar al Departamento de Asesoría Financiera de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** al número 212.606.1505, donde le facilitaremos información y responderemos a sus preguntas con mucho gusto.

OBJETIVO

El objetivo de esta política es asegurar que se evalúen y procesen todas las solicitudes de asistencia financiera de manera consistente y justa, en apoyo a la misión de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** y con el debido respeto, dignidad y compasión **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** tiene el compromiso de proveer asistencia financiera sin importar la edad, género, credo, raza, orientación sexual o estado migratorio. La presente política entrará en vigor a partir del 10 de febrero de 2025. Las modificaciones que se realicen a la política con posterioridad a la fecha de entrada en vigor original serán efectivas a partir de la fecha de revisión que se indica más arriba.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER brindará asistencia financiera a las personas que cumplan con las calificaciones que se describen en esta política. La política de asistencia financiera (la "PAF" o la "política") y los procedimientos se mantendrán e implementarán de acuerdo con todas las leyes correspondientes.

ALCANCE Y APLICABILIDAD

1. ¿Qué es la asistencia financiera?

La asistencia financiera se refiere a los servicios médicamente necesarios y de emergencia que presta **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** y su personal clínico contratado (los "Proveedores cubiertos") a un costo reducido a las personas que lo necesitan. No está destinado a sustituir la cobertura de seguro disponible, los programas de derecho o cualquier otro programa de asistencia.

2. ¿Quién puede recibir asistencia financiera?

Con el fin de poder recibir asistencia financiera en **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, las personas deben cumplir tanto con los criterios financieros como con los criterios de cobertura, los cuales se describen a continuación. Además, ciertas personas que de otra manera no podrían recibir la asistencia financiera pueden recibirla bajo el programa de acceso especial de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, el cual se describe también a continuación:

A. Las siguientes personas cumplen con los criterios financieros:
    1. Residentes de los Estados Unidos de Norteamérica (incluidos estudiantes) cuyos ingresos brutos anuales no superen siete veces las pautas de pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de Norteamérica para el tamaño de su familia (en función de las exenciones totales reclamadas en la declaración de impuestos federal) y su localidad (el "Nivel Federal de Pobreza" o "NFP") y que cumplan con la evaluación de activos descrita a continuación, cuando corresponda.

2. Residentes de países extranjeros, aunque únicamente las personas derivadas en virtud del programa de acceso especial cuyos ingresos brutos anuales no superen siete veces el NFP.

B. Las siguientes personas cumplen con los criterios de cobertura:
   1. Residentes en los Estados Unidos de Norteamérica que no tengan ningún tipo de seguro (gubernamental o comercial). A estas personas se les denomina "no aseguradas".
   2. Personas que tienen un seguro que cubre los servicios en **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** (ya sea como servicios dentro de la red o a través de un punto de servicio o cobertura fuera de la red), pero que tienen gastos de su propio bolsillo que son responsabilidad del paciente bajo dicha cobertura. A estas personas se las denomina "subaseguradas".

C. Las siguientes personas NO cumplen los criterios de cobertura:
   1. Personas que tienen seguro médico (gubernamental o privado) en el que **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** no pertenece a la red, y su aseguradora no brinda cobertura externa a la red.
   2. Personas que no son residentes de los Estados Unidos de Norteamérica, a excepción de las personas remitidas a través del programa de acceso especial.

D. Programa de acceso especial.
   Las personas que cumplen con los criterios financieros y no cumplen con los criterios de cobertura aún pueden ser aptos para recibir asistencia financiera a través del programa de acceso especial, pero solo aquellas personas que no se espera que requieran servicios fuera de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. El programa de acceso especial pone la asistencia financiera a disposición de los siguientes grupos, siempre y cuando las personas correspondientes cumplan con los criterios financieros:
   1. Residentes de los Estados Unidos de Norteamérica que tienen seguro médico y no pagan servicios en **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** (y no hay cobertura fuera de la red disponible), pero que el servicio que la persona necesita es de un tipo que no se encuentra disponible de manera razonable (y cubierto por el plan de la persona) más cerca de la residencia del paciente que **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. En términos generales, esta regla se aplica a la atención altamente especializada que no se ofrece en la mayoría de los hospitales, sino en **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.
   2. Los residentes de los Estados Unidos de Norteamérica que tienen un seguro médico que no cubre los servicios en **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** (y no cuentan con cobertura fuera de la red), pero que no califican según el párrafo anterior (2)(D)(1), y los no residentes de los Estados Unidos de Norteamérica sin cobertura aplicable, en cada caso, que sean referidos a **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** por médicos que forman parte de la Organización de Médicos y Hospitales (PHO) de HSS, siempre que dicha remisión sea aprobada por **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.

3. ¿Cuáles son los servicios que cubre la política?
   A. Ofrecemos asistencia financiera para que pueda reducir la carga financiera de los servicios médicamente necesarios y de emergencia. Es posible que los servicios cosméticos, experimentales y de conveniencia no se consideren médicamente necesarios en virtud de esta política, y los costos de viaje, así como otros costos relacionados, no están cubiertos en virtud de la presente política. La necesidad médica o "médicamente necesario" se definirá de acuerdo con el Estatuto Revisado de Nueva Jersey, Secciones 17B:30-50 (2023), lo que significa o describe un servicio de atención médica que un proveedor de salud, en ejercicio de su juicio clínico prudente, brindaría a una persona con cobertura con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o síntomas, y que cumple con los siguientes criterios: se ajusta a las normas generalmente aceptadas de la práctica médica; es clínicamente apropiado en cuanto a tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y se considera eficaz para la enfermedad, lesión o dolencia de la persona cubierta; no se brinda principalmente para la conveniencia de la persona cubierta o del proveedor de atención médica; y no es más costoso que un servicio alternativo o una secuencia de servicios que tengan al menos la misma probabilidad de generar resultados terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o enfermedad.

   B. La presente política cubre todos los servicios prestados por **HSS Northern NJ SURGERY CENTER,** así como sus proveedores cubiertos. El anexo A ofrece una lista de los proveedores que prestan atención médica necesaria en **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, en la que se especifica cuáles de dichos proveedores (o grupos de

proveedores) están sujetos a esta política y cuáles no. El anexo A se revisará y modificará al menos cada tres meses.

C. La elegibilidad para recibir asistencia financiera no garantiza que un paciente pueda ver a un proveedor en particular o hacerlo en un plazo determinado.

AVISO DE LA POLÍTICA Y SOLICITUD

1. Se notificará a las personas y a la comunidad sobre la política de asistencia financiera de la siguiente manera:
   A. Al momento del registro y del alta, todos los pacientes recibirán copias de un resumen de la PAF ("Resumen"). Además, el resumen estará disponible previa solicitud. El resumen brindará información sobre cómo los pacientes pueden obtener la versión completa de la PAF, un formulario de solicitud de la PAF e información adicional sobre asistencia financiera.

   B. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** pondrá a disposición esta política, un formulario de solicitud de la PAF y el resumen de la PAF en lenguaje sencillo en su sitio web, previa solicitud, y en el área de registro de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, y notificará e informará a los pacientes de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** y a la comunidad sobre la PAF.

2. Cómo solicitar la asistencia financiera.
   A. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** considerará cualquier indicio de incapacidad de pago como una posible solicitud de asistencia financiera. Las solicitudes iniciales pueden hacerse por escrito o por teléfono, aunque el formulario de solicitud de la PAF debe presentarse antes de que se pueda tomar una decisión final. Una vez que una persona haga una solicitud de asistencia financiera, se le informará de esta política y se le enviará una copia de los formularios de solicitud pertinentes, así como el resumen de la PAF.

   B. No obstante lo anterior, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** puede, en determinadas circunstancias, otorgar asistencia financiera antes de que se presente una solicitud para dicha asistencia o sin que se haya presentado una. (Véase Presunta elegibilidad a continuación).

   C. Se puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento. Esto significa que una persona puede hacer una solicitud antes, durante o después de recibir los servicios, incluso después de que una agencia de cobros haya emprendido acciones contra dicha persona. Sin embargo, si se aprueba la asistencia financiera de un paciente a través de la presunta elegibilidad (término que se analizará a continuación), el paciente tiene hasta treinta (30) días posteriores a la notificación de dicha determinación para presentar una solicitud de mayor asistencia con respecto a los servicios particulares a los que se ha aplicado la presunta elegibilidad.

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD

Una persona o su tutor legal pueden completar una solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar la solicitud de asistencia financiera, comuníquese con el personal de la PAF al (212) 606-1505.

1. La solicitud de la PAF exige la siguiente información:

   a. Fecha de solicitud formal
   b. Solicitado por (padre o tutor si el paciente es menor de edad)
   c. Nombre del paciente
   d. Fecha de nacimiento del paciente
   e. Dirección del paciente
   f. Número de teléfono
   g. Número de personas en la familia (según se define por el número de exenciones reclamadas en la declaración de impuestos federales)

h. Ingresos familiares de los últimos doce (12) meses y de los últimos (3) meses
i. Activos disponibles para aquellas personas con ingresos superiores al 400 % del NFP
j. Identificación de su aseguradora o entidad pagadora y descripción de la cobertura
k. Tipo de servicio clínico solicitado u ofrecido por **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** o por parte de los proveedores cubiertos
l. Solicitud firmada y fechada

2. La solicitud de la PAF también requiere la siguiente información que **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** puede utilizar para verificar los ingresos brutos anuales del hogar del solicitante. Los solicitantes no necesitan facilitar cada uno de los siguientes datos si la información no está disponible:
    a. Comprobantes de pago del período de tres meses más reciente disponible
    b. Formulario de aprobación o rechazo de la compensación por desempleo
    c. Verificación oral o por escrito de los ingresos por parte de agencias de asistencia pública
    d. Estados de cuenta bancaria o de inversión
    e. Información sobre la elección y el saldo de la cuenta de gastos flexibles o de la cuenta de ahorro para gastos médicos.
    f. Declaración de prestaciones de SSI o determinación de prestaciones
    g. Autocertificación

3. Se dedicará una sección de la solicitud de la PAF a pedir información particular para el programa de acceso especial, como por ejemplo el motivo por el cual la atención correspondiente no se ofrece más cerca de la residencia de la persona, o qué médico de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** ha remitido a la persona. Consulte las secciones D(1) y D(2) anteriores en "ALCANCE Y APLICABILIDAD".

4. Si se presenta una solicitud de la PAF y no está completa, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** deberá, en un plazo de treinta (30) días a partir de la presentación, notificar por escrito al solicitante que la solicitud no está completa, y notificarle la información que falta. El solicitante dispondrá de un plazo razonable (no inferior a treinta (30) días adicionales) para presentar la información que falta.

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD Y MONTO DE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Salvo en el caso de que se determine una presunta elegibilidad (término que se analizará a continuación), la elegibilidad y el monto de la asistencia económica solo se determinarán previa presentación de un formulario de solicitud de asistencia financiera debidamente completado y acompañado de la documentación requerida. El formulario debe enviarse al programa de asistencia financiera del Departamento de finanzas, cuyo número telefónico es 212-606-1505. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** debe documentar cierta información en el formulario de solicitud, y los solicitantes deben facilitar cierta información específica. Todo ello se describe más arriba en el apartado "CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD".

Salvo en el caso de que se determine una presunta elegibilidad (término que se analizará a continuación), **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** seguirá los siguientes procedimientos a la hora de revisar una solicitud de asistencia financiera. Aunque las determinaciones se manejarán caso por caso, se procesarán de manera consistente de acuerdo con la política:

1. La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera y, si corresponde, la determinación del monto, se realizará dentro de los 10 días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Se considerará que una solicitud está completa cuando el Departamento de finanzas haya recibido toda la información y los materiales solicitados.

2. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** determinará si el solicitante es, en efecto, elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la política de acuerdo con los siguientes criterios:
    1. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** comparará el ingreso familiar del paciente y el tamaño de la familia con el NFP vigente.
    2. **Si corresponde, HSS Northern NJ SURGERY CENTER** calculará los activos netos de acuerdo con los siguientes datos:

   a. Los activos netos disponibles se definen como activos líquidos y excluirán la residencia principal del paciente, los activos mantenidos en una cuenta de ahorros de jubilación con impuestos diferidos o similares, cuenta de ahorros para la universidad o automóviles que el paciente o los miembros de su familia inmediata utilicen con regularidad.
   b. Los activos netos disponibles no se tendrán en cuenta para ninguna persona cuyo nivel de ingresos sea igual o inferior al 400 % del NFP.
3. El monto generalmente facturado ("MGF") se calculará al aplicar el coeficiente promedio de cobro de Medicaid al monto cobrado. (Las personas pueden obtener los porcentajes específicos de MGF y una descripción de los cálculos previa solicitud a través del contacto del programa de asistencia financiera que se indica a continuación o en el sitio web de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**).
4. Por lo general, para calcular los ingresos anuales, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** multiplicará los ingresos de los últimos 3 meses por cuatro (4) y comparará el resultado con las cifras de los 12 meses completos. La cantidad menor se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera.
5. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** determinará si se aplica el programa de acceso especial.

3. En el supuesto de que se considere que el individuo es elegible para recibir asistencia financiera, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** determinará entonces el monto de la asistencia que se propondrá.
   A. Si el ingreso del paciente en relación con el tamaño de la familia es igual o inferior al 500% del NFP, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** brindará servicios a pacientes que no tienen seguro de forma gratuita. (En el caso de pacientes subasegurados, la responsabilidad del paciente se reducirá a cero).
   B. En el caso de una persona cuyos ingresos oscilen entre el 501 % y el 700 % del NFP, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** hará un descuento del 50 %. El descuento se aplicará a la obligación del paciente que, en el caso de pacientes no asegurados, es el MGF según el monto que Medicaid pagaría por el servicio o, en el caso de pacientes subasegurados, la obligación del deducible y el copago (consulte el párrafo (D) a continuación para conocer los ajustes a estas obligaciones).
   C. En el caso de las personas cuyos ingresos varíen entre el 401 % y el 700 % del NFP y que dispongan de activos netos suficientes para pagar una parte o la totalidad de sus facturas hospitalarias, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** considerará, a efectos de la aplicación basado en sus ingresos, un tercio de los activos netos disponibles como ingresos anuales.
   D. En el caso de las personas que sean elegibles para recibir asistencia financiera, el monto máximo que deberá pagar la persona por cualquier servicio será el MGF. (En el caso de pacientes subasegurados, si el monto que debería abonarse al aplicar el nivel de descuento basado en sus ingresos (que se ha descrito con anterioridad) a la obligación del paciente en concepto de deducibles y copagos por la atención correspondiente es superior al nivel de pago del MGF, la obligación del paciente se reducirá al monto del MGF).

4. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** calculará entonces los descuentos en función de todo lo mencionado con anterioridad. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** documentará entonces la determinación en el formulario de determinación de asistencia financiera (que se describe a continuación).

5. Se permite el uso de planes de pago para abonar los saldos pendientes. El pago mensual en virtud de dicho plan no excederá el 5 % de los ingresos brutos mensuales y se limitará a una duración máxima de 5 años. No se cobrarán intereses en virtud del plan de pago.

6. En caso de que se derive a un paciente a **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** a través de un programa de beneficencia de terceros reconocido que ofrezca términos y condiciones que difieran de lo anterior, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** podrá participar en el programa y esta política se considerará modificada según sea necesario para cumplir con las normas del programa destinadas a los pacientes del programa, en la medida en que no sean incompatibles con las leyes estatales y federales de Nueva Jersey relativas a las políticas de descuentos de beneficencia.

7. Cualquier paciente que se considere elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la presente política, sobre la base de la revisión de una solicitud completada, seguirá siendo elegible (sin necesidad de realizar ninguna otra acción) al nivel de asistencia así determinado, por un período de dos (2) años a partir de la fecha de determinación,

salvo lo especificado a continuación en el presente párrafo. La fecha de determinación corresponde a la fecha de determinación inicial, o a la fecha de determinación posterior a la finalización de una apelación, en caso de que se haya presentado una. Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que el paciente considere que necesita asistencia financiera adicional debido a un cambio de circunstancias, podrá volver a solicitarla durante el período de dos (2) años y, si corresponde, podrá recibir dicha asistencia financiera adicional en virtud de la política. Si se determina que un paciente reúne los requisitos de acuerdo con el proceso de presunta elegibilidad, únicamente tendrá derecho a dicha ayuda en lo que respecta a los saldos pendientes correspondientes. Un paciente que sea elegible a través del programa de acceso especial, será elegible sobre esa base solo para el episodio de atención correspondiente.

8. Se espera que si un paciente que recibe asistencia financiera en virtud de la política sufre más adelante un cambio sustancial en sus circunstancias (como pasar de no asegurado a asegurado), el paciente lo notificará a **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**/programa de asistencia financiera llamando al (212) 606-1505 para que se pueda tener en cuenta esto en el futuro. Dichos cambios positivos en las circunstancias no se aplicarán para reducir cualquier asistencia financiera ya otorgada. Además, no es recomendable que un paciente informe cambios menores en sus circunstancias, sino únicamente si es evidente que el cambio podría tener un impacto significativo en la determinación de la asistencia
financiera.

9. Si **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** se entera de que un solicitante de asistencia financiera dio información material falsa en el proceso de solicitud, dicha información puede tenerse en cuenta por **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** a la hora de revisar la solicitud, o la elegibilidad continua para recibir asistencia financiera.

10. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** aceptará las determinaciones de HSS, con respecto a un paciente de HSS, y aplicará dichas determinaciones a los pacientes de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER.**

PRESUNTA ELEGIBILIDAD

En determinadas circunstancias, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** podrá brindar la asistencia financiera antes de o sin que se presente una solicitud de dicha asistencia. Esto se hará a través de un proceso de selección: las cuentas que no se hayan pagado se examinarán por medio de un software de predicción de ingresos disponible en el mercado para determinar si las personas pueden tener derecho a recibir asistencia financiera en función de variables como la dirección, la edad y el sexo ("Presunta elegibilidad"). **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** también llevará a cabo evaluaciones de presunta elegibilidad en las cuentas antes de remitirlas a cualquier ACE (que se definen más adelante en la sección "ACCIONES DE COBRO EXTRAORIDINARIAS").

Las determinaciones de presunta elegibilidad se aplicarán únicamente al saldo o saldos no pagados que desencadenaron el proceso de evaluación. En caso de que la persona califique de acuerdo con la metodología de presunción con respecto al saldo o saldos no pagados, y el ingreso de la persona según lo estimado por el proceso de evaluación es del 500 % del NFP o menos, entonces **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** otorgará el nivel máximo de asistencia permitido con respecto a la cantidad no pagada (es decir, atención gratuita). Si el ingreso estimado del individuo se encuentra entre el 501 % y el 700 % del NFP, entonces **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** otorgará un descuento del 50 %. A las personas a las que se les conceda asistencia financiera en virtud de la presunta elegibilidad y que no reciban atención gratuita se les notificará su capacidad para solicitar asistencia adicional en virtud de la política. Si se otorga la presunta elegibilidad sobre la base de una evaluación de saldos no pagados de más de 240 días, las personas podrán solicitar asistencia financiera adicional para los servicios a los que se haya aplicado la determinación de presunta elegibilidad.

AVISO DE DETERMINACIÓN

HSS Northern NJ SURGERY CENTER completará la siguiente información en el formulario de determinación de asistencia financiera una vez que haya revisado cada solicitud de asistencia financiera llenada y se haya tomado una decisión:

a. Fecha de la determinación
b. Nombre del paciente
c. Número de cuenta de SURGERY CENTER
d. Fecha de servicio inicial
e. Determinación de elegibilidad (aprobada/rechazada) por la persona designada correspondiente
f. Monto aprobado para el descuento

Si se APRUEBA la solicitud de asistencia financiera, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** entregará o enviará por correo al paciente o tutor legal una carta de la determinación de asistencia financiera en la que se indique el descuento aprobado, el método de determinación y la forma de obtener información adicional con respecto a la determinación.

Si se RECHAZA la solicitud de asistencia financiera, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** documentará la razón para rechazar la solicitud en el formulario de determinación de asistencia financiera y entregará o enviará por correo una carta de rechazo al paciente o tutor legal. El aviso de rechazo incluirá información sobre el derecho del paciente y el proceso para apelar la decisión de rechazo.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER archivará copias de los avisos (rechazo o aprobación) con la solicitud de asistencia financiera llenada.

Los pacientes PUEDEN APELAR EL RECHAZO de la asistencia financiera y TAMBIÉN PUEDEN apelar el nivel de asistencia. Si el paciente presenta una apelación, **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** volverá a revisar la documentación del paciente, así como cualquier nuevo material presentado, y volverá a documentar su aprobación o rechazo y notificará al paciente de acuerdo con esta sección, en un plazo de treinta (30) días a partir de la presentación de una apelación.

Los pacientes que apelen una y otra vez los rechazos sin presentar información adicional o sin que se haya producido un cambio de circunstancias pueden ser rechazados de forma sumaria. Después de un rechazo sumario o un rechazo en apelación, la determinación de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** será definitiva y no estará sujeta a apelación.

Todas las notificaciones o comunicaciones por escrito de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**, en virtud de la presente política, se podrán enviar por correo electrónico o por otros medios de comunicación electrónica, si la persona ha indicado que prefiere recibir avisos y comunicaciones de forma electrónica.

DIFUSIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

El personal de registro es responsable de garantizar que el resumen se distribuya en el momento del registro y del alta del paciente. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** informará sobre la PAF a las personas que pregunten sobre los costos de los servicios de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** y se colocarán carteles referentes a la PAF en el lugar de registro y en otros lugares apropiados, incluyendo salas de espera y clínicas. **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** podrá actualizar la presente política y el anexo A.

CAPACITACIÓN

HSS Northern NJ SURGERY CENTER capacitará, educará y monitoreará al personal adecuado (aquellos que interactúan con los pacientes o el personal que tiene responsabilidad de facturación o cobro) sobre la PAF.

ACCIONES DE COBRO EXTRAORDINARIAS

HSS Northern NJ SURGERY CENTER (o su agente) obtendrá un acuerdo por escrito de las agencias de cobro que actúen en nombre de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** con el fin de seguir la presente política, incluyendo un acuerdo para ofrecer a los pacientes información sobre la manera de solicitar asistencia financiera cuando corresponda.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER se abstendrá de tomar una ACE (término que se define a continuación) si el paciente ha presentado una solicitud de asistencia financiera completa, incluyendo cualquier documentación de respaldo necesaria, hasta que **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** decida si el paciente cumple con los requisitos para recibir dicha ayuda.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER no iniciará ninguna acción de cobro contra un paciente cuyos ingresos estén por debajo del 400 % del NFP. Ninguna deuda de cualquier otro paciente se derivará para su cobro a menos que se notifique al paciente que la deuda se derivará para su cobro al menos treinta (30) días antes de derivar la deuda para su cobro. No se iniciará ninguna acción de cobro transcurridos menos de 180 días desde la emisión de la factura correspondiente.

No se efectuarán cobros a ningún paciente que, en el momento de la prestación de los servicios, se haya considerado elegible para recibir asistencia médica en virtud de Medicaid y para cuyos servicios se disponga del pago de Medicaid.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER no emprenderá acciones de cobro extraordinarias ("ACE") a menos que sea de acuerdo con su política de facturación y cobro. (Puede consultar la política de facturación y cobro si la solicita al contacto de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**/programa de asistencia financiera que se indica a continuación). Entre las ACE se incluyen las siguientes:

(i) Iniciar cualquier acción legal para cobrar una factura de un paciente (aunque esto no incluye la presentación de una reclamación en un procedimiento de quiebra pendiente)
(ii) Informar a una agencia de calificación crediticia
(iii) Aplazar o rechazar servicios a menos que el paciente pague por adelantado (a menos que el requisito de pago por adelantado no tenga relación con la falta de pago de una factura anterior)
(iv) Imponer un gravamen sobre la propiedad de la persona (a excepción de los gravámenes que permita la legislación estatal sobre sentencias o acuerdos por daños personales relacionados con la atención prestada)
(v) Embargar o incautar cualquier cuenta bancaria individual
(vi) Embargar el salario

Cualquier agencia de cobro a la que recurra **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** debe obtener el consentimiento por escrito de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** antes de iniciar una acción legal para cobrar las sumas adeudadas a **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** por un paciente.

HSS Northern NJ SURGERY CENTER no podrá forzar la venta o ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente para cobrar una factura pendiente.

INFORMES Y CUMPLIMIENTO

HSS Northern NJ SURGERY CENTER presentará los informes requeridos al Estado de Nueva Jersey con respecto a la asistencia financiera. El Departamento de cumplimiento corporativo y auditoría interna de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** y/o la Junta Directiva de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** serán los responsables de revisar cada año el cumplimiento de esta política por parte de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**.

Las personas que consideren que la política no se ha aplicado de acuerdo con sus términos deben solicitar asistencia al Departamento de cumplimiento corporativo y auditoría interna de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. Las quejas deben dirigirse al oficial de cumplimiento corporativo de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** al 212.548.2481 o a la línea telefónica confidencial de cumplimiento de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** al 888.651.6234.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si desea más información sobre el programa de asistencia financiera de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** o si desea pedir una solicitud de asistencia financiera, llame al (212) 606-1505 para hablar con un asociado de asistencia financiera de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER**. Podemos entregarle una traducción a otro idioma si la solicita. Asimismo, puede obtener la solicitud en el sitio web de **HSS Northern NJ SURGERY CENTER** o puede pedir una solicitud a un miembro del personal de registro.

Las solicitudes deberán enviarse a:

Política de ayuda caritativa/asistencia financiera
Programa de asistencia financiera 535 East 70th Street
Nueva York, NY 10021 o

Envíe un fax al: 212.774.2811