



Phil Murphy
Governor

Sheila Y. Oliver
Lt. Governor

**Departamento de Salud de Nueva Jersey
Programa de Atención Médica para las Personas sin
Seguro Médico**

**CUIDADO HOSPITALARIO DE NUEVA JERSEY
HOJA DE DATOS PARA ASISTENCIA DE PAGO**



Judith Persichill, RN, BSN, MA
Commissioner

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE PAGO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?

El programa de asistencia de pago para la atención hospitalaria de Nueva Jersey (Asistencia Financiera de Caridad) es un programa de atención médica gratuita o de costo reducido que se brinda a los pacientes que reciben servicios como hospitalizaciones o servicios ambulatorios en hospitales de cuidados intensivos en el estado de Nueva Jersey. La asistencia financiera y los cargos reducidos están disponibles solamente para los servicios hospitalarios necesarios. Algunos servicios como las facturas de los doctores, los cobros de los anestesiólogos, los cobros por la interpretación radiológica y las recetas médicas afuera del hospital son cobros aparte de los cargos del hospital y no son elegibles para una reducción.

¿DE DÓNDE PROVIENEN LOS FONDOS PARA LA ASISTENCIA DE PAGO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?

Los fondos para la asistencia de pago para la atención hospitalaria originan a través del Fondo de Subsidios para la Salud (Health Subsidy Fund) administrado por la Ley Pública 1997, Capítulo 263 (Public Law 1997, Chapter 263).

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LA ASISTENCIA DE PAGO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?

La asistencia de pago para la atención hospitalaria está disponible para los residentes de Nueva Jersey que:

1. No tienen seguro médico, o que solo tienen cobertura parcial para la factura; y
2. No son elegibles para ninguna cobertura patrocinada por el gobierno o privadamente (como Medicaid); y
3. Cumplen con los criterios de ingreso y bienes listados abajo.

La asistencia hospitalaria también está disponible para los que no son residentes de Nueva Jersey, sujeto a disposiciones específicas. Tenga en cuenta que el programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria no se considera como un seguro médico.

Criterio de Ingresos

<u>Ingresos como un Porcentaje de las Pautas de Ingresos de Pobreza</u>	<u>Porcentaje de Cargos Pagados por el Paciente</u>
Menos que o igual a 200%	0%
Más que 200% pero menos que o igual a 225%	20%
Más que 225% pero menos que o igual a 250%	40%
Más que 250% pero menos que o igual a 275%	60%
Más que 275% pero menos que o igual a 300%	80%
Más que 300%	100%

Si los pacientes en la escala móvil de tarifas de 20% a 80% son responsables por gastos calificados pagados por el paciente en exceso del 30% de sus ingresos anuales (es decir, facturas no pagadas por otros fondos), entonces el monto que exceda el 30% se considera para el programa de asistencia de pago para la atención hospitalaria

Criterio de Bienes

Los bienes individuales no pueden exceder los \$7,500 y los bienes familiares no pueden exceder los \$15,000. Si los bienes del aplicante exceden estos límites, el/ella puede "gastar" los bienes hasta llegar a los límites elegibles pagando el exceso de bienes hacia la cuenta del hospital y hacia otros gastos incurridos por el paciente como gastos médicos aprobados.

¿CÓMO SE LES INFORMA A LAS PERSONAS DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ASISTENCIA DE PAGO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?

Los hospitales colocan avisos en inglés, español y en cualquier idioma hablado por el 10% o más de la población en el área servida por el hospital. Estos avisos se colocan en áreas adecuadas en la facilidad, como el área de admisiones, la oficina de negocios, la clínica para pacientes ambulatorio y la sala de emergencias. El aviso informa a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera hospitalaria y de los cargos reducidos, les brinda una breve descripción de los criterios de elegibilidad y dirige al paciente a la oficina de negocios o admisiones del hospital. Todo paciente debe recibir un aviso por escrito sobre la disponibilidad de asistencia de pago para la atención hospitalaria y la asistencia médica.

¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS PAGADORES EXTERNOS Y DE MEDICAID?

Todos los solicitantes al programa de caridad deben ser evaluados por el hospital para determinar la elegibilidad potencial de cualquier seguro médico externo, Medicaid o asistencia médica que pueda pagar las facturas del hospital.

Los pacientes solo deben solicitar el programa de asistencia de pago para la atención hospitalaria cuando se determine que no son elegibles para Medicaid o cualquier otro programa de asistencia médica. Los pacientes son responsables de obtener una evaluación financiera para los otros programas de asistencia médica de una manera oportuna.

Una vez que el hospital haya informado al paciente sobre las otras asistencias médicas y/o realice un referido de manera adecuada, si el paciente no coopera o no se somete a la evaluación de manera oportuna, el hospital tiene la opción de facturar al paciente y proseguir con los esfuerzos de cobro, sin importar la elegibilidad para la asistencia de pago para la atención hospitalaria.

¿CÓMO SE HACE PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA DE PAGO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?

El paciente, o futuro paciente debe solicitar la asistencia de pago para la atención hospitalaria en el hospital donde recibió o va a recibir los servicios. El paciente debe solicitar la asistencia en la oficina de negocios o admisiones del hospital. El paciente, o la parte interesada, debe contestar las preguntas relacionadas a sus ingresos y bienes, como también proveer la documentación de esos ingresos y bienes. El hospital tomará una determinación sobre la elegibilidad del paciente, tan pronto sea posible, pero no más tardar de diez días después que el solicitante haya presentado la solicitud. La aplicación será negada si el solicitante no incluye la documentación adecuada para tomar una determinación. El solicitante podrá entonces presentar documentación adicional al hospital. El solicitante tiene hasta un año desde la fecha de los servicios para solicitar la asistencia hospitalaria y presentar en el hospital una solicitud completa. Si el solicitante no es elegible, él puede solicitar de nuevo en el futuro cuando se presente para nuevos servicios y crea que sus circunstancias financieras hayan cambiado.

El Departamento de Salud tiene un número de teléfono gratis para ayudar con preguntas o inquietudes. Por favor llame al programa de atención médica para las Personas sin seguro médico durante horas de oficina al número 1-866-588-5696.