



**Departamento de Salud de New Jersey  
Programa de Cuidado de Salud Para Los No Asegurados**

**CUIDADO HOSPITALARIO DE NEW JERSEY  
HOJA DE DATOS PARA ASISTENCIA DE PAGOS**



Phil Murphy  
*Governor*

Sheila Oliver  
*Lt. Governor*

Shereef Elnahal  
*Acting Commissioner*

**¿QUE ES EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA PAGOS POR CUIDADO HOSPITALARIO?**

El Programa de Asistencia para Pagos por Cuidado Hospitalario de New Jersey (Asistencia de Cuidado de Caridad) es gratis o con cargos reducidos, y es ofrecido a personas que reciben servicios como pacientes internos o externos en hospitales de cuidado agudo a través del Estado de New Jersey. La asistencia hospitalaria y los cargos reducidos están disponibles solamente para cuidados hospitalarios necesarios. Algunos servicios tales como honorarios médicos, cargos por anestesia general o local, interpretación radiológica y recetas para pacientes externos están separados de los cargos del hospital y podrian no ser elegibles para la reducción.

**¿DE DONDE VIENEN LOS FONDOS PARA LA ASISTENCIA PARA PAGOS POR CUIDADO HOSPITALARIO?**

Los fondos de la asistencia para pagos por cuidado médico se originan a través del Fondo de Subsidio de Cuidado de Salud (Health Subsidy Fund) administrado por la Ley Pública 1997, Capítulo 263 (Public Law 1997, Chapter 263).

**¿QUIEN ES ELEGIBLE EN LA ASISTENCIA PARA PAGOS POR CUIDADO HOSPITALARIO?**

La asistencia para pagos por cuidado médico está disponible para residentes de New Jersey que:

1. No tienen cobertura de seguro de salud, o que tienen cobertura que paga solamente por parte de la factura; y
2. No son elegibles para ninguna cobertura patrocinada por el gobierno o privadamente (como Medicaid); y
3. Reunen los dos criterios de ingresos y bienes listados abajo.

La asistencia hospitalaria está disponible también para personas que no son residentes, sujeto a provisiones específicas.

Criterio de Ingresos

<u>Ingresos como un Porcentage de las Pautas de Ingresos de Pobreza</u>	<u>Porcentage 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 honorarios de 20% a 80% son responsables por gastos calificados pagados fuera del bolsillo en exceso del 30% de sus ingresos anuales (por ejemplo, cuentas no pagadas por otros), entonces la cantidad en exceso del 30% se considera asistencia para pagos por cuidado hospitalario.

## Criterio de Bienes

Los bienes individuales no pueden exceder la cantidad de \$7,500 y los bienes familiares no pueden exceder la cantidad de \$15,000. Si los bienes del solicitante exceden estos límites, puede “depreciar” los bienes a los límites elegibles, a través de pagos del exceso de la cuenta del hospital y otros gastos fuera del bolsillo aprobados por gastos médicos.

### **¿COMO SE HACE SABER A LA GENTE DE LA DISPONIBILIDAD DE LA ASISTENCIA PARA PAGOS POR CUIDADO HOSPITALARIO?**

Los hospitales tienen avisos en Inglés, Español y cualquier otra lengua hablada por un 10% o más del 10% de la población en el área que sirve el hospital. Estos avisos están puestos en áreas apropiadas en la facilidad, tales como admisiones, la oficina de negocios, la clínica de pacientes externos, y la sala de emergencias. El aviso informa al paciente de la disponibilidad de asistencia hospitalaria y de cargos reducidos; da una descripción breve del criterio de elegibilidad, y dirige al paciente a la oficina de negocios o admisiones del hospital.

### **¿CUALES SON LOS PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACION PARA PAGADORES DE TERCERA PARTE Y DE MEDICAID?**

Todos los solicitantes de cuidado deben ser investigados para determinar la elegibilidad potencial de cualquier beneficio de seguros o asistencia médica de una tercera parte, que pudiera pagar las cuentas del hospital.

Hay pacientes que pueden ser no elegibles para el programa de asistencia para pagos por el cuidado hospitalario, hasta que se determine que son no elegibles bajo ningún otro programa de asistencia médica.

Los pacientes tienen la responsabilidad de obtener una investigación financiera del hospital, dentro de un tiempo razonable. Generalmente, el paciente debe solicitar a Medicaid dentro de los 3 meses de la fecha de servicios del hospital.

Una vez que el hospital ha informado al paciente acerca de la asistencia médica y/or hace la referencia debidamente, y el paciente no colabora, o si no se presenta para la evaluación a su debido tiempo, el hospital tiene la opción de enviar la cuenta al paciente, y hacer esfuerzos para cobrar el dinero, sin tener en cuenta la elegibilidad para la asistencia de los pagos por el cuidado hospitalario.

### **¿COMO SE HACE PARA SOLICITAR ASISTENCIA PARA LOS PAGOS POR CUIDADO HOSPITALARIO?**

El paciente, o futuro paciente debe solicitar la asistencia para pagos por cuidado hospitalario en el hospital donde recibió o va a recibir los servicios. El paciente debería 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 de si el solicitante es elegible o no, tan pronto sea posible, pero no más de diez días después que el solicitante ha presentado la solicitud. El pedido será negado 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 de tiempo, 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, puede solicitar de nuevo en el futuro, cuando se presente para los servicios y crea que sus circunstancias financieras han cambiado.

El Departamento de Salud tiene un número de teléfono gratis para ayudar con preguntas o inquietudes. Por favor llame al Programa de Cuidado de Salud para los No Asegurados durante horas de oficina al número 1-866-588-5696.