

FACTURACIÓN Y DEUDAS MÉDICAS

*Mary Pat Gallagher
Renée Steinhagen, Esq.*



Lo que necesita
saber en Nueva Jersey

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Laura Wadell, directora del programa Healthcare Program de New Jersey Citizen Action, por revisar el manual y hacer muchas sugerencias útiles, y a Mary Ondrejka por sus contribuciones en materia de formato y diseño gráfico. Los autores también quieren reconocer dos recursos en los que se basaron para ciertas partes de este manual: el libro del National Consumer Law Center, "Surviving Debt" (Cómo sobrevivir a una deuda) (6.ª ed., 2025)" y el recurso en línea de los Grupos de Investigación de Interés Público (Public Interest Research Group, PIRG) de los EE. UU. y Community Catalyst, "Medical Debt: Everything You Need to Know About Your Rights" (Deudas médicas: todo lo que necesita saber sobre sus derechos).

También queremos agradecer a la división de Blueprint 2025 en Stevens Institute of Technology por su ayuda en la creación del sitio web del proyecto.

Por último, expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la New Jersey State Bar Foundation y a American Bar Endowment. No podríamos haber terminado este manual y el proyecto sin la ayuda económica que recibimos de ambas organizaciones.

"Medical Billing & Debt: What You Need to Know in New Jersey" (Facturación y deudas médicas: lo que necesita saber en Nueva Jersey), de Mary Pat Gallagher y Renée Steinhagen, Esq.

Copyright ©2025 de New Jersey Appleseed Public Interest Law Center y New Jersey Citizen Action

ÍNDICE

Introducción		04
CAPÍTULO UNO: DERECHOS DE LOS PACIENTES ASEGURADOS		07
Sección 1:	Cómo entender su plan: copagos, coseguro, autorización previa, apelación de denegación de beneficios o cobertura	07
Sección 2:	Cómo solicitar atención de emergencia	16
Sección 3:	Cómo solicitar atención en un centro perteneciente al hospital	19
Sección 4:	Cómo solicitar atención preventiva, de rutina y especializada en un consultorio médico	21
Consideraciones finales		23
CAPÍTULO DOS: DERECHOS DE LOS PACIENTES NO ASEGURADOS		26
Sección 1:	Dónde recibir atención: hospitales de cuidados intensivos y centros de salud aprobados a nivel federal	26
Sección 2:	Cómo obtener una estimación justa de los costos	26
Sección 3:	Cómo negociar los cargos y el pago por adelantado	28
Sección 4:	Charity Care y asistencia económica	29
Consideraciones finales		36
CAPÍTULO TRES: QUÉ HACER CUANDO RECIBE UNA FACTURA		39
Sección 1:	Cómo entender la factura	39
Sección 2:	Cómo negociar un “plan de pagos razonable”	41
Sección 3:	Cómo objetar la precisión de la factura o apelar la denegación de los beneficios por parte de la aseguradora	44
Consideraciones finales		47
CAPÍTULO CUATRO: CÓMO ENTENDER EL PROCESO DE COBRO		50
Sección 1:	Informes crediticios sobre deudas médicas	50
Sección 2:	Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas	51
Sección 3:	Cómo hacer frente a una demanda	56
Sección 4:	Sus derechos tras una sentencia en su contra	68
Consideraciones finales		76
APÉNDICE		80

Facturación y deudas médicas:

Lo que necesita saber en Nueva Jersey

INTRODUCCIÓN

Si vive en Nueva Jersey, este Manual está dirigido a usted. Está diseñado para ayudarles a usted y a otros consumidores de Nueva Jersey, ya sean asegurados o no, a comprender cuáles son sus derechos en cuanto al costo de la atención médica y las obligaciones derivadas de las deudas médicas, para evitar que contraiga una deuda médica en primer lugar, o para ayudarle a reducir el monto si ya tiene una, y para brindarle asesoramiento sobre cómo tratar con los cobradores de deudas médicas y qué hacer si le demandan por una deuda médica.

Aunque en este momento no tenga deuda médica y tenga, o crea que tiene, un buen seguro médico, bastaría con que usted o un familiar inmediato tuvieran una enfermedad grave o una afección médica crónica, o sufrieran una lesión en un accidente, para sumarse a los 100 millones de estadounidenses que, según las estimaciones, tienen deudas médicas por un valor de más de \$220 mil millones.* En Nueva Jersey, hay 1.5 millones de residentes que tienen deudas médicas.



Abordamos temas como la disponibilidad de asistencia económica, cargos fuera de la red (lo que puede derivar en facturas médicas sorpresivas), cómo negociar un plan de pagos, una nueva ley estatal mediante la que se prohíbe la notificación de deudas médicas a las agencias de información crediticia y lo que puede hacer si se notifica una deuda médica en contra de la ley. También explicamos los aspectos básicos para que sepa cómo leer su tarjeta de seguro médico y poder comprender mejor su cobertura, cómo leer adecuadamente una factura médica y, cuando la aseguradora rechaza la cobertura o no paga los beneficios correspondientes en virtud de su póliza, cómo apelar esa denegación. Por último, analizamos por qué podría convenirle no usar la tarjeta de crédito para pagar deudas médicas y por qué también debe tener cuidado al usar tarjetas de crédito médicas, como CareCredit u otras tarjetas de crédito médicas especializadas.

Explicamos todo en un vocabulario sin tecnicismos y fácil de entender.

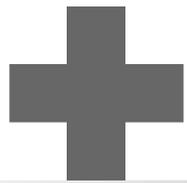
*<https://www.consumerfinance.gov/about-us/newsroom/cfpb-takes-aim-at-double-billing-and-inflated-charges-in-medical-debt-collection/>

A lo largo de este Manual, hay enlaces a sitios web que contienen información o formularios adicionales en los que quienes usan este Manual en línea o en algún otro formato digital pueden hacer clic para acceder rápidamente. Para quienes imprimen el Manual en papel y no pueden utilizar los hipervínculos, hemos agregado las URL (direcciones de Internet) en las notas finales al final de cada capítulo.

En el Apéndice se incluyen formularios importantes que puede usar para solicitar una factura detallada, disputar cargos con un cobrador de deudas médicas y responder a una demanda judicial en su contra por deudas médicas. Contiene una lista de centros de atención médica de Nueva Jersey calificados a nivel federal que brindan atención a todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago. Si no tiene seguro, las tarifas se calculan según una escala móvil en función de sus ingresos. También hay información sobre cómo encontrar un abogado si necesita uno, y posiblemente servicios legales gratuitos si cumple con los criterios financieros.



DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La información contenida en este Manual no constituye asesoramiento legal, solo pretende ayudar a los residentes de Nueva Jersey a gestionar las deudas médicas. Para obtener asesoramiento legal, consulte a un abogado.



CAPÍTULO UNO:

DERECHOS DE LOS PACIENTES ASEGURADOS

CAPÍTULO UNO: DERECHOS DE LOS PACIENTES ASEGURADOS

Este capítulo es para quienes tienen seguro médico de algún tipo, ya sea un seguro privado a través del empleo o una póliza individual contratada en un mercado de seguros, o a través de algún programa público como NJ FamilyCare, Medicaid o Medicare. Aunque tener cualquier tipo de seguro es mejor que no tener ninguno, las pólizas difieren no solo en las primas mensuales que usted paga, sino también en lo siguiente: los beneficios que ofrecen y el alcance de la cobertura, incluido el importe de los deducibles y copagos; los requisitos de aprobación previa; los proveedores que están dentro o fuera de la red; y los medicamentos que tienen cobertura.

Sección 1: **Cómo entender su plan: copagos, coseguro, autorización, apelación de denegación de beneficios o cobertura**

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Si tiene seguro médico, debe tener una tarjeta de identificación con información importante sobre su plan. Esta sección le ayudará a comprender lo que dice la tarjeta y lo que significa o lo que cubre su plan.

La información que contiene la tarjeta generalmente incluye lo siguiente:

- Su nombre (o el de su cónyuge si está en el plan de su empleador, y probablemente también tiene el nombre de ese empleador).
- Nombre de la compañía de seguros.
- Nombre y número de teléfono del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) si su plan le exige tener uno.
- Tipo de plan: Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), Punto de Servicio (Point of Service, POS), Organización de Proveedores Preferidos (Preferred provider organization, PPO), planes autofinanciados, Medicare, Medicaid/NJ Family Care, Veterans Health Benefit Plan (Plan de Beneficios de Salud para Veteranos), State Health Benefit Plan (Plan Estatal de Beneficios de Salud) o NJ School Employees' Health Benefit Plan (Plan de Beneficios de Salud para Empleados de Escuelas de NJ).
- Número de identificación de la póliza de seguro (si tiene una póliza de atención médica administrada).
- Número de grupo de seguro (si tiene un seguro a través de su empleador).



- Número individual de Medicare o Medicaid.
- Otros números relacionados con la cobertura farmacéutica: Rx Bin, Rx PCH, Rx Grp.
- Montos del deducible (generalmente, montos dentro y fuera de la red diferenciados, cada uno de los cuales debe alcanzarse por separado). El deducible fuera de la red tiende a ser mayor.
- Copagos por varios tipos de servicios, como visita al consultorio, visita al especialista y visita a la sala de emergencias.
- Coseguro o costo compartido (generalmente, no están incluidos en la tarjeta de identificación del seguro, pero a veces se indica en el nombre del plan; por ejemplo, United Healthcare Choice Plus 90 indica que el plan paga el 90 % de los cargos cubiertos dentro de la red y el asegurado paga el 10 % restante).
- Números de teléfono (generalmente en el reverso) para que los miembros se comuniquen con la aseguradora médica, con un número de contacto diferente para los proveedores.



GLOSARIO DE TÉRMINOS DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Esto es lo que significan los términos mencionados anteriormente:

TIPOS DE PLANES

Planes totalmente financiados (HMO, PPO, POS); la mayoría de las aseguradoras tienen algún tipo de limitación en cuanto a los proveedores de atención médica a los que puede consultar y seguir obteniendo los beneficios del seguro.

HMO

Los planes más restrictivos son los de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) en los que, salvo en caso de emergencia, generalmente la consulta a un médico que está fuera de la red de la compañía de seguros o que no forma parte de la HMO no tiene cobertura. Probablemente tendrá que pagar la totalidad del cargo por dichos proveedores.

PPO

En un plan de Organización de Proveedores Preferidos, usted paga menos por las consultas a proveedores dentro de la red de la compañía de seguros, pero puede consultar a proveedores fuera de la red sin una derivación por un costo adicional. Aunque es el tipo de plan más flexible, tiende a ser el más costoso.

POS

Un plan de punto de servicio es como una PPO, excepto que el médico de atención primaria (PCP) debe hacer una derivación para consultar a un especialista o proveedor fuera de la red.

Planes autofinanciados	Se trata de planes que financian los empleadores del sector privado y administra una compañía de seguros médicos. Están sujetos a las disposiciones de la <u>“Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974” (Employee Retirement Income Security Act, ERISA)</u> ¹ federal y no están regulados por la ley estatal.
Planes gubernamentales	Medicare, Medicaid, NJ FamilyCare, Veterans Health Benefits, State Health Benefits Program y School Employees Health Benefit Program.
Medicare	Se trata del <u>programa federal de Medicare</u> ² , que cubre a personas de 65 años o más o que tienen ciertas discapacidades o afecciones.
Medicaid	Se trata del <u>programa estatal de Medicaid</u> ³ , que cubre a personas con bajos ingresos, mujeres embarazadas y niños.
NJ FamilyCare	Se trata de un programa integral de seguro médico financiado por el gobierno federal y estatal creado para ofrecer acceso a un seguro médico asequible a los residentes de Nueva Jersey, de cualquier edad, que cumplan los requisitos de ingresos y no tengan un seguro de su empleador. Incluye el programa Children’s Health Insurance Program (CHIP), Medicaid y las poblaciones incorporadas mediante la expansión de Medicaid.
Veterans Health Benefits Plans.	Incluye Veterans Health Care y todos los programas de seguro que conforman TRICARE, el programa de atención médica para las fuerzas armadas de los EE. UU. Cubre a los miembros en servicio activo y sus familias, a los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva y sus familias, y a los jubilados y sus familias.
State Health Benefits Program (SHBP) y School Employees’ Health Benefits Program (SEHBP)	Los programas cubren a los empleados estatales activos y a los empleados de los consejos escolares locales, así como a sus dependientes. Obtenga más información sobre el Programa SHBP aquí ⁴ y sobre el Programa SEHBP aquí . ⁵



CONDICIONES IMPORTANTES DEL PLAN

Deducibles: un deducible es el monto que el asegurado debe pagar de su bolsillo antes de que la aseguradora esté obligada a pagar nada y se restablece cada año, por lo que tiene que volver a alcanzarlo cada año. Hay dos tipos principales de deducibles: para atención dentro y fuera de la red, generalmente con un deducible distinto para cada persona cubierta por el plan y, en el caso de un plan familiar, un deducible que se aplica a toda la familia. Si no ha alcanzado el deducible e incurre en gastos médicos, tiene que pagar el importe íntegro del gasto hasta que se alcance el deducible de ese año (aunque seguirá beneficiándose de cualquier reducción que la compañía de seguros haya negociado con el proveedor médico para ese tipo concreto de

servicio). Aunque haya alcanzado completamente el deducible dentro de la red, si incurre en gastos por la atención de un proveedor fuera de la red, debe alcanzar el deducible fuera de la red por separado. Ese es un buen motivo para utilizar los servicios dentro de la red, además del hecho de que, incluso después de alcanzar el deducible y de que la cobertura entre en vigencia, su aseguradora podría cubrir un porcentaje más bajo de los costos fuera de la red, tal vez el 60 % o el 70 % en lugar del 90 %, por ejemplo.



TENGA EN CUENTA que los deducibles no se aplican a la atención ni las pruebas preventivas, que siempre están cubiertas en su totalidad, aunque es posible que deba utilizar los servicios de laboratorios o centros de pruebas de proveedores dentro de la red.

Copago: un copago es una tarifa fija que usted paga cada vez que consulta a un médico u otro proveedor médico que retira una receta. Puede variar según el tipo de atención médica o el tipo de receta, y puede ir de \$0 a \$50 o más en el caso de una visita regular al consultorio, pero generalmente es mayor si se trata de un especialista y tiende a ser aún más alto, hasta \$100 o más, en el caso de una visita a la sala de emergencias. En la tarjeta de identificación también se puede especificar un copago por las visitas de atención de urgencia, que reemplazan cada vez más a las visitas a la sala de emergencias en los casos en que se necesita atención médica inmediata para lesiones o enfermedades que no son lo suficientemente graves como para justificar una visita a la sala de emergencias.



Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) (también conocida como "Obamacare"), que se promulgó en 2010, no se puede cobrar ningún copago por ciertos tipos de atención preventiva, como vacunas, mamografías y colonoscopias. Sin embargo, si la prueba no solo se realiza como parte de un examen de detección periódico regular, sino para diagnosticar la sospecha de una enfermedad o afección, tal vez debido a la presencia de síntomas, la prueba ya no se considera preventiva y se aplican los deducibles y copagos habituales.

Coseguro (también conocido como costo compartido): es el porcentaje de un gasto cubierto que un paciente paga después de alcanzar su deducible. Es una manera en que el paciente y su proveedor de seguro comparten el costo de un servicio. Por ejemplo, si la aseguradora paga el 80 %, usted paga el otro 20 % (puede ser un porcentaje mayor o menor, según su plan) y esa parte del 20 % se denomina coseguro. Si un proveedor se encuentra fuera de la red, es posible que la aseguradora igualmente cubra los cargos, pero generalmente paga una parte menor, tal vez el 70 % o el 50 %, lo que lo deja a usted con una obligación de coseguro del 30 % o el 50 %.

Desembolso máximo: tanto si aparece como si no en su tarjeta de identificación del seguro, la mayoría de los planes aplican un desembolso máximo anual y, una vez alcanzado ese importe, toda la atención médica a la que tenga derecho estará cubierta al 100 % durante el resto del año. Los deducibles, los copagos y el coseguro se contabilizan en el desembolso máximo.



Autorización previa/preautorización/aprobación previa

En la tarjeta de seguro no se mencionará la autorización previa, la preautorización ni la aprobación previa (que son lo mismo), pero seguramente se mencionarán al menos algunos servicios de atención médica, procedimientos, proveedores o recetas que las exijan. Si recibe el servicio o procedimiento, visita al proveedor o surte la receta sin dicha aprobación, es posible que no tenga cobertura en absoluto. Si tiene alguna duda sobre si es necesaria la autorización previa, incluso si el médico o el centro de atención médica han obtenido dicha aprobación en su nombre, llame al número de teléfono de atención al miembro que figura en el reverso de la tarjeta de identificación de su seguro para verificarlo por usted mismo u obtener una copia del plan de su aseguradora o empleador para consultar lo que dice. También es una buena idea confirmar si un proveedor, laboratorio o centro de pruebas en particular está dentro o fuera de la red, para poder mantener bajos los costos médicos. Le recomendamos que llame a la compañía de seguros y no confíe en un directorio impreso o en línea, que podría estar desactualizado. Se supone que el proveedor, ya sea un laboratorio, hospital o médico, debe informarle si está dentro de la red de su plan de seguro.

En una nueva ley estatal, conocida como la Ley de Garantía de la Transparencia en las Autorizaciones Previas (Ensuring Transparency in Prior Authorization Act)⁶, que entró en vigencia el 1 de enero de 2025, se estipulan algunas protecciones para el proceso de autorización previa:

- Las aseguradoras deben resolver las solicitudes urgentes de autorización previa para medicamentos en un plazo de 24 horas tras recibir la documentación necesaria y en un plazo de 72 horas en el caso de las solicitudes no urgentes.
- La autorización previa para el tratamiento de una afección crónica o a largo plazo será válida durante 180 días, a menos que se necesite un plazo más corto para controlar la seguridad del paciente o la eficacia del tratamiento.
- La decisión de rechazar o limitar el tratamiento debe estar a cargo de un médico de la misma especialidad que suele tratar esa afección o enfermedad.
- Si tenía la autorización previa para el tratamiento, no la perderá si se cambia de compañía de seguros. La nueva compañía tiene que respetar dicha autorización previa durante al menos 60 días en virtud del nuevo plan.
- Las denegaciones de autorizaciones previas de los servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios deben comunicarse en un plazo de 12 días si se presentó la solicitud en papel, o en un plazo de 9 días, si se presenta por medios electrónicos. Si el paciente/asegurado ya está hospitalizado, la denegación debe comunicarse en un plazo de entre 24 y 72 horas en el caso de las reclamaciones sobre atención de urgencia, a menos que el hospital o el proveedor de atención médica no suministren suficiente información.
- En el caso de la atención médica que sea necesaria desde el punto de vista médico para evaluar y estabilizar a un paciente en una situación de emergencia, se precisará cobertura sin autorización previa.

Seguro doble

Algunas personas pueden tener cobertura de más de una póliza de seguro. Ambas pólizas pueden ser coextensivas y ofrecer cobertura médica general. Por ejemplo, una persona podría tener cobertura del plan de su empleador y del de su cónyuge; los hijos podrían tener cobertura del plan de ambos padres; una persona podría tener un plan de su empleador y un plan patrocinado por el gobierno, como Medicare o Medicaid, o Medicaid y Medicare (lo que se conoce como un plan de necesidades especiales con elegibilidad doble [Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP]). A veces, las personas tienen pólizas complementarias que cubren los gastos de servicios dentales o de la vista. Para quienes tienen un seguro de automóvil, la protección contra lesiones personales ofrece cobertura para lesiones relacionadas con accidentes.

Si se tienen dos pólizas, una de ellas es la principal, lo que significa que paga primero y cubre una parte mayor de la factura, mientras que el plan secundario cubre los costos elegibles restantes. El procesamiento de las reclamaciones puede ser más complejo y existe un proceso de coordinación de beneficios (Coordination of benefits, COB) para determinar qué plan paga primero y cuánto.

Es fundamental comunicarse con ambas aseguradoras para comprender sus disposiciones de COB y garantizar una coordinación adecuada. También es esencial asegurarse de que el proveedor médico sepa que usted tiene cobertura doble para que pueda solicitar el pago de ambas y maximizar los beneficios de seguro que usted tiene a disposición antes de enviarle una factura por algún saldo restante.

Derechos y protecciones en virtud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, generalmente denominada más brevemente “Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio” (Affordable Care Act, ACA) u “Obamacare”, se promulgó en 2010 y ha estado vigente durante más de una década. En general, se la considera una ley que aumentó la cantidad de personas con seguro médico, pero hizo más que eso al ampliar las protecciones para todas las personas con seguro médico.

Probablemente, las disposiciones más conocidas son aquellas que permiten que los menores de 26 años permanezcan en las pólizas de sus padres, prohíben los deducibles o copagos para la atención y las pruebas preventivas y prohíben a las aseguradoras rechazar la cobertura de enfermedades preexistentes (como enfermedades cardíacas, diabetes, asma, cáncer o embarazo) o cobrar más o limitar sus beneficios.

Cobertura de atención esencial: en la ACA también se definen algunos de los servicios de salud enumerados a continuación como esenciales y se exige que estén incluidos en cada póliza de seguro médico:

- 1) Atención ambulatoria.
- 2) Servicios de emergencia.
- 3) Hospitalización.

- 4) Embarazo, maternidad y atención del recién nacido (incluye anticoncepción y apoyo, asesoramiento y equipos para amamantar, como extractores de leche, sin copagos ni deducibles).
- 5) Servicios de salud mental y por abuso de sustancias.
- 6) Medicamentos recetados.
- 7) Servicios y dispositivos para rehabilitación y habilitación.
- 8) Servicios de laboratorio.
- 9) Servicios preventivos y de bienestar, y control de enfermedades crónicas (asma, diabetes, etc.).
- 10) Atención dental y de la vista para niños (pero NO para adultos). Facturas sorpresivas y cómo evitarlas: sus derechos en virtud de la ley estatal y federal.



Facturas médicas sorpresivas y cómo evitarlas: sus derechos en virtud de la ley estatal y federal.

¿Qué es una "factura médica sorpresiva"? Una factura médica sorpresiva es una factura inesperada de un proveedor médico fuera de la red o de un centro fuera de la red, como un hospital, una clínica o un laboratorio, que usted no escogió consciente y deliberadamente para que le atendiera. La "sorpresa" puede deberse a recibir una factura cuando usted pensaba que tenía cobertura total o a recibir una factura más elevada (a veces considerablemente más elevada) de lo que esperaba, porque su aseguradora le ha ofrecido una cobertura más baja debido a que el proveedor está fuera de la red. A veces, las facturas médicas sorpresivas también se denominan "facturación del saldo" porque, cuando la aseguradora paga al proveedor el monto más bajo fuera de la red, el proveedor espera que el paciente pague el resto enviándole una factura por el saldo del monto cobrado.

La facturación sorpresiva ocurre principalmente en dos casos: 1) cuando un paciente asegurado recibe atención de emergencia en un centro fuera de la red o de un proveedor fuera de la red que trabaja en un centro dentro de la red; o bien 2) cuando un paciente recibe atención electiva que no es de emergencia en un centro dentro de la red, pero le atiende un proveedor de atención médica fuera de la red que no escogió. Una situación habitual es que un proveedor de la red le practique una intervención quirúrgica en un hospital de la red, pero que el anestesista no pertenezca a la red, o que un proveedor de la red le haga una prueba médica y luego la envíe a un laboratorio fuera de la red. Dado que la aseguradora no tiene contrato con el centro, el proveedor o el laboratorio fuera de la red, puede decidir no pagar la totalidad de la factura. En ese caso, el centro o el proveedor fuera de la red pueden facturarle al paciente el saldo de la factura. Todas estas se consideran facturas médicas sorpresivas. Una factura por las obligaciones de coseguro, o una factura por el importe más alto fuera de la red si usted decide deliberadamente recibir atención fuera de la red, se conoce como facturación del saldo, pero no se considera una factura "sorpresiva".

Protecciones de la ley federal y estatal

Tanto en la ley federal como en la del estado de Nueva Jersey se estipulan protecciones contra las facturas médicas sorpresivas o los cargos involuntarios fuera de la red por servicios de emergencia y que no son de emergencia. La diferencia más importante entre la ley federal y estatal es que la Ley Sin Sorpresas (No Surprises Act) federal, promulgada en 2020 y en vigor a partir del 1 de enero de 2022, se aplica a casi todas las pólizas de seguro médico, mientras que la Ley de Protección del Consumidor fuera de la Red, Transparencia, Control de Costos y Responsabilidad (Out-of-Network Consumer Protection, Transparency, Cost Containment, and Accountability Act) de Nueva Jersey, promulgada en 2018, solo se aplica a las pólizas de seguro que se rigen según la ley de Nueva Jersey y únicamente en la medida en que la ley estatal brinde más protecciones que las que ofrece la ley federal. Los planes que regula el estado incluyen aquellos que se venden en los mercados individuales y de grupos pequeños de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, el State Health Benefit Plan y el School Employees Health Benefits Plan y los planes totalmente asegurados patrocinados por el empleador. No incluyen planes patrocinados por el empleador que están autoasegurados, lo que significa que el dinero del empleador se utiliza para pagar reclamaciones y una compañía de seguros simplemente administra la cobertura. Estos planes se rigen únicamente según la ley federal.

Ni la ley federal ni la ley estatal sobre servicios fuera de la red se aplican a Medicare (lo que incluye a Medicare Advantage) ni a New Jersey Family Care/Medicaid (lo que incluye a los planes de atención médica administrada de Medicaid), Indian Health Service, Veterans Health Care y los programas de seguro que conforman TRICARE, todos los cuales generalmente prohíben la facturación del saldo con algunas excepciones limitadas. Si la ley estatal protege más a los consumidores que la ley federal, su requisito prevalece con respecto a los planes regulados por Nueva Jersey, por lo que, si usted es miembro de un plan regulado por el estado, puede ampararse tanto en la ley estatal como en la federal. No obstante, debe tenerse en cuenta que las disposiciones sobre el procesamiento y arbitraje de reclamaciones de la ley de Nueva Jersey solo se aplican cuando quien presta los servicios fuera de la red es un proveedor autorizado de Nueva Jersey y lo hace en un centro de atención médica de ese mismo lugar (con una excepción limitada en el caso de los análisis de laboratorio enviados fuera del estado para su evaluación). No se aplican si tiene un plan regulado por Nueva Jersey, pero recibió servicios fuera del estado. En esos casos, solo se aplica la ley federal.

No puede renunciar a sus derechos en virtud de ninguna ley. Esto significa que solo podrá perder la protección contra la facturación del saldo en una situación que no sea de emergencia si toma la decisión deliberada de recibir servicios de un proveedor fuera de la red y firma un documento que así lo indique. Si un proveedor le comunica que está fuera de la red al momento de prestarle el servicio y le hace firmar un consentimiento para recibir sus servicios sin dejar constancia por escrito de que es un proveedor fuera de la red, no será suficiente. Conforme a la ley de Nueva Jersey, debe recibir un aviso sobre el estado de los proveedores fuera de la red en el momento de programar la cita, no el día en que se presenta. Según la ley federal, debe recibir un aviso sobre el estado fuera de la red al menos 72 horas antes de la prestación de los servicios, y al menos 3 horas antes si programa la cita el mismo día que recibe el tratamiento. También debe recibir un aviso por escrito en lenguaje sencillo, en el que se le informe, entre otras cosas, de las protecciones aplicables en relación con la facturación, y debe firmar formularios de consentimiento para recibir servicios fuera de la red ANTES de recibir dichos servicios fuera de la red.

Además, todas las compañías de seguros de Nueva Jersey que brindan atención médica administrada dentro de una red deben hacer lo siguiente:

- **Mantener listas actualizadas de proveedores dentro de la red en su sitio web.**
- **Brindar información clara y detallada sobre cómo se cubren los servicios voluntarios fuera de la red en el caso de los planes que ofrecen cobertura fuera de la red.**
- **Proporcionar ejemplos de costos fuera de la red y facilitar información específica sobre los costos estimados de un tratamiento cuando lo solicite una persona cubierta.**
- **Ofrecer una línea directa telefónica para responder preguntas.**

Todos los centros de atención médica están obligados a poner información sobre facturación, estado dentro de la red, etc. en su sitio web.

+ SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA

Una de las principales desventajas de la ley estatal y la federal es que ninguna de ellas se aplica a los servicios de ambulancia terrestre. Sin embargo, la ley federal cubre el transporte en ambulancias aéreas y se aplica en Nueva Jersey.



+ DISPUTAS SOBRE FACTURACIÓN

Si cree que un proveedor fuera de la red que usted no escogió consciente y deliberadamente para que le atendiera le ha facturado de manera indebida, debe llamar de inmediato a su compañía de seguros y plantear la situación para confirmar que efectivamente le han facturado indebidamente. También puede comunicarse con el Departamento de Banca y Seguros (Department of Banking and Insurance, DOBI) de Nueva Jersey por los siguientes medios: [NJDOBI | Cómo solicitar asistencia: Consultas y reclamaciones de los consumidores⁷](#)

O

Llame a la línea directa de atención al consumidor al 1-800-446-7467.

Visite [Ley Sin Sorpresas | CMS](#) para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.⁸

Visite [NJDOBI | Protecciones al consumidor fuera de la red](#) para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley estatal.⁹



CÓMO APELAR LA DENEGACIÓN DE BENEFICIOS

Siempre es importante conocer el tipo de plan que tiene y los detalles específicos para saber si necesita obtener una derivación antes de solicitar tratamiento médico, si ciertos servicios médicos que desea o que su médico ha recomendado tienen cobertura o se consideran necesarios desde el punto de vista médico, el monto del coseguro que deberá pagar y otras preguntas. Pero por mucho que entienda su plan, habrá ocasiones en las que su compañía de seguros deniegue la cobertura o limite el monto que pagará por la atención que usted reciba. Si esto sucede, independientemente del tipo de plan que tenga, tiene derecho a apelar la decisión de la compañía. Tiene una determinada cantidad de tiempo para hacerlo, que varía con el tipo de seguro desde tan solo 60 días hasta 180 días a partir de la fecha en que recibe una carta de “denegación”. **Una vez que reciba la carta, debe llamar a su compañía de seguros lo antes posible y conocer los detalles del proceso de apelación.**

Para obtener información más detallada sobre el proceso de apelaciones para su tipo específico de plan, consulte [A New Jersey Guide to Insurance Appeals \(Guía de Nueva Jersey sobre apelaciones del seguro\)](#) de New Jersey Appleseed.¹⁰

Sección 2: Cómo solicitar atención de emergencia

Las salas de emergencias de hospitales de cuidados intensivos deben brindarle tratamiento en caso de emergencia, independientemente de si está asegurado o no o de su capacidad de pago. Conforme a la ley federal, independientemente de si tiene una factura pendiente, un hospital no puede rechazarle en una situación de emergencia, lo que incluye estar en trabajo de parto si está embarazada. Este derecho a la atención de emergencia se exige en virtud de una ley federal conocida como la [Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo \(Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA\)](#).¹¹ *(Debe tenerse en cuenta que, en virtud de la ley de Nueva Jersey, un hospital de cuidados intensivos no puede rechazarle en una situación que no sea de emergencia. Este requisito se conoce como “Charity Care” [Atención caritativa] y se aborda en otra parte de este capítulo y en el capítulo 2).*

✚ TRANSPORTE EN AMBULANCIA

Está en su casa, en la carretera o en el trabajo y ocurre un accidente y usted o alguien de su familia sufren una lesión grave o tienen un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o están en un estado que necesita tratamiento inmediato. Usted llama al 911 y, gracias a las leyes federales y estatales mencionadas anteriormente que protegen contra las facturas médicas sorpresivas, no tiene que preocuparse por los cargos fuera de la red en la sala de emergencias a la que acuda. Los servicios de transporte en ambulancia son un caso distinto, porque esas protecciones



contra facturas médicas sorpresivas no se aplican a las ambulancias terrestres, sino solo a las ambulancias aéreas. Usted corre el riesgo de recibir una factura médica sorpresiva por el traslado en ambulancia, a menos que tenga suerte y la ciudad desde la que llama al 911 preste servicios médicos de emergencia (Emergency Medical Services, EMS) o transporte de emergencia en ambulancia y haya acordado no facturar el saldo a ningún paciente asegurado después de los copagos o el coseguro, como lo han hecho algunas ciudades.

✚ CENTROS

Si un familiar o vecino puede transportar al "paciente" sin usar los servicios de ambulancia, debe ir al hospital, a la sala de emergencias satélite de un hospital, al centro de atención ambulatoria o al centro quirúrgico ambulatorio más cercanos. No se



debe buscar atención de emergencia en un centro de atención de urgencia, ya que no están protegidos contra las facturas médicas sorpresivas. Los centros de atención de urgencia, en los que se puede tratar un brazo roto o una quemadura grave, son la mejor opción para brindarle atención de rutina cuando le resulte conveniente, sin cita previa, aunque estos y sus médicos suelen ser proveedores fuera de la red. Si le trasladan a un hospital, una sala de emergencias satélite, etc., está protegido independientemente

de que el hospital esté dentro de la red o no. Todos los servicios prestados en estas circunstancias de emergencia se le cobran a usted como si los proporcionara un centro o proveedor dentro de la red. Si el centro o el proveedor impugnan el pago de su aseguradora, pueden solicitar un arbitraje. Usted, el paciente, solo será responsable de los copagos y el coseguro con tarifas dentro de la red y no participará en dicho arbitraje.

Una vez que esté en un hospital, llegará un momento en el que finalice el tratamiento de la emergencia. Esto puede ser tan breve como unas horas o tan prolongado como varios días. Si le llevaron a un centro que no forma parte de la red y sigue necesitando recibir más atención, se le pedirá que dé su consentimiento para la facturación fuera de la red, o bien que abandone el hospital y solicite más servicios en un centro de atención médica dentro de la red. En ese momento, debe comunicarse con la compañía de seguros para averiguar qué servicios de transporte entre centros están dentro de la red y para asegurarse de que el centro al que se le transfiera esté dentro de la red.

Si recibe servicios de emergencia en un hospital de cuidados intensivos o en una sala de emergencias de un hospital satélite, es posible que sea elegible para recibir el programa Charity Care, aunque esté asegurado. Los hospitales de cuidados intensivos prestan asistencia médica a corto plazo para enfermedades o lesiones repentinas y suelen ofrecer diversos servicios, como medicina de emergencia, atención para pacientes hospitalizados, cirugía, pruebas diagnósticas y cuidados intensivos. Nueva Jersey tiene alrededor de 72 de estos hospitales. Por el contrario, otros tipos de hospitales podrían enfocarse en la atención a largo plazo, la rehabilitación o las áreas especializadas de la medicina, como el cáncer.

Nueva Jersey exige que todos los hospitales ofrezcan un descuento del 100 % para los residentes, independientemente de su situación migratoria, con ingresos familiares iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL), así como atención con descuento para pacientes con ingresos familiares de entre el 200 % y el 300 % del FPL. Si está asegurado, el programa Charity Care se puede utilizar para pagar la parte de la factura del hospital que su aseguradora no paga, incluidos los copagos y el coseguro. Para determinar si es elegible para recibir el programa Charity Care, consulte el FPL del año en curso, ya que se actualiza cada año. El FPL de este año se puede encontrar [aquí](#).¹²

Según la ley del programa Charity Care, los hospitales no pueden negarse a brindarle atención debido a una factura impaga por servicios anteriores. Sin embargo, los médicos y otros proveedores que le atienden fuera del contexto de un hospital pueden negarse a atenderle debido a una factura pendiente.

Si cree que es elegible para el programa Charity Care, no abandone el hospital sin una solicitud. El hospital debe informarle sobre la disponibilidad del programa Charity Care antes de darle el alta (dejarle ir después del tratamiento para que regrese a su hogar o vaya a otro centro de atención médica), y usted debe preguntar si no se lo han dicho. Tiene hasta un año (365 días) a partir de la fecha del servicio, o 240 días a partir de la primera factura posterior al alta, para solicitar el programa Charity Care, la cantidad de tiempo que sea mayor.

Además, aunque muchos médicos que brindan servicios de emergencia en el hospital dicen que no aceptan el programa Charity Care, la ley de Nueva Jersey les exige que lo hagan. Por lo tanto, si recibe una factura de un médico que le atendió durante una emergencia en un hospital y el hospital aprobó su solicitud del programa Charity Care, la factura del médico no es válida y puede objetarla.

Al evaluar su solicitud para el programa Charity Care, el hospital tiene derecho a pedirle ciertos documentos para demostrar que usted cumple los requisitos de ingresos y activos, y también que es residente de Nueva Jersey, independientemente de su situación migratoria. Si no tiene la documentación financiera necesaria, el hospital debe aceptar una certificación suya de los ingresos mensuales de su grupo familiar. Se supone que se debe tomar una decisión respecto de si califica para el programa Charity Care o la asistencia económica dentro de los 10 días de que el hospital reciba la solicitud completa.

Un grupo sin fines de lucro llamado **Dollar For** podría ayudarle con el proceso de solicitud. En su [sitio web](#)¹³ encontrará una herramienta simple y sin costo que, según ellos, le dará una

respuesta rápida sobre su elegibilidad para el programa Charity Care. Debe ingresar el monto y la fecha de la factura del hospital, los ingresos y el tamaño de su grupo familiar, y si tiene seguro o no. Si la herramienta dice que usted cumple los requisitos, le invitarán a completar el formulario en línea y se ofrecerán a preparar su solicitud y enviarla al hospital en el plazo de 1 a 3 semanas. Una vez enviada su solicitud, le enviarán un correo electrónico y un mensaje de texto para informarle y darle consejos sobre cómo hacer un seguimiento y, si es necesario, ayudarle a enviar otros documentos y preparar una apelación.



Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas

Otra posible fuente de asistencia es el Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas (Catastrophic Illness in Children Relief Fund, CICRF). Se trata de un programa estatal disponible para ayudar a cubrir los gastos de las familias de Nueva Jersey que tienen hijos con una enfermedad o afección para la que el seguro, los programas estatales o federales u otras fuentes no cubre al menos una parte de esos gastos.

La asistencia está disponible para cualquier tipo de enfermedad, siempre y cuando los costos de su tratamiento sean “catastróficos” para la familia. Aunque no hay requisito de ingresos, el importe total de los gastos médicos elegibles incurridos en cualquier período de 12 meses debe alcanzar o superar el 10 % de los primeros \$100,000 de los ingresos familiares, más el 15 % de cualquier ingreso adicional que supere los \$100,000.

Hay más información disponible sobre el Fondo en el [sitio web](#)¹⁴ y se aborda en mayor detalle en la Sección 4 del capítulo 2.

Sección 3: Cómo solicitar atención en un centro perteneciente al hospital

Siempre debe llamar a la compañía de seguros para confirmar si el centro y el médico que presta el servicio de salud están dentro de la red antes de programar la atención en un hospital, una clínica ambulatoria o un centro de atención ambulatoria propiedad de un sistema hospitalario, ya sea para recibir atención preventiva, como una colonoscopia, o para someterse a una cirugía, una resonancia magnética u otro procedimiento. Si el procedimiento requiere sedación, también debe confirmar lo mismo sobre el anestesiólogo. Si bien el hospital y el médico al que llame para programar el tratamiento deben informarle si están dentro de la red, la compañía de seguros debe tener una lista de proveedores dentro de la red y el hospital debe indicar en su sitio web qué seguro acepta, siempre es más seguro llamar y hablar con un representante de seguros para tener la certeza. Los sitios web a menudo no son confiables y están desactualizados, por lo que no debe confiar en estos.

Una vez que haya confirmado que el centro y el médico a cargo de la cirugía o de otro procedimiento están dentro de la red, el hospital debe prestarle todos los servicios complementarios que le correspondan dentro de la red, tanto en virtud de la ley de Nueva Jersey como de la ley federal. Estos servicios complementarios pueden incluir análisis de laboratorio, estudios por imágenes radiológicas e incluso la comida que el hospital suministra a los pacientes internados.

Siempre tiene la opción de escoger un proveedor fuera de la red. Sin embargo, solo incurrirá en cargos fuera de la red si decide recibirlos después de que se le informe que costarán más y

de firmar un formulario de consentimiento en el que indique que desea recibir servicios de ese proveedor, aunque se encuentre fuera de la red. Ese formulario debe firmarse al menos 72 horas antes de recibir los servicios, o al menos 3 horas antes, si programa la cita el mismo día que pretende recibir los servicios.

+ TARIFAS DEL CENTRO

Al momento de programar un tratamiento, también debe determinar si el centro perteneciente al hospital cobrará un cargo además de la factura que recibirá por los servicios médicos. A veces, los planes de seguro médico no cubren las tarifas del centro o solo cubren una parte. Llame al lugar donde planea recibir atención y pregunte si se le cobrará una tarifa del centro. Si la respuesta es afirmativa, llame a la compañía de seguros de salud para saber si cubrirá este gasto por completo. Si la aseguradora no cubrirá la tarifa del centro por completo, pídale al médico o a la aseguradora que le ayuden a encontrar un lugar alternativo que no cobre estas tarifas adicionales.

+ EQUIPO MÉDICO

A veces, después del tratamiento, necesitará recibir más atención o algún equipo médico. Si no está seguro de si necesita o no equipo médico, o de si su seguro cubre ese equipo, pida al trabajador sanitario que le está dando de alta que verifique si el equipo médico o la atención de seguimiento son necesarios, así como los costos de bolsillo asociados. Luego hable con su compañía de seguros y, si su cobertura es insuficiente, pida formas de mantener los costos de los equipos o de la atención de seguimiento al mínimo.



+ ATENCIÓN PROGRAMADA

Para toda atención que se programe con anticipación, como una endoscopia, una radiografía o una cirugía que no sea de emergencia, también puede pedirle a la compañía de seguro médico que le dé una estimación de lo que deberá pagar. Esto se denomina "explicación anticipada de beneficios". El plan puede facilitar esta estimación por escrito, pero no está obligado a hacerlo. Si recibe una estimación, compárela con la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) que se le entregará después de recibir la atención programada. Pídale a un representante de su plan de seguro que le explique aquello que no coincida.

Además, conforme a la norma final federal de transparencia de precios hospitalarios (Federal Hospital Price Transparency) que implementa la Sección 2718(e) de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act), todos los hospitales que operan en los Estados Unidos deben suministrar en su sitio web información clara y accesible sobre los precios de los artículos y servicios que ofrecen (1) en forma de archivo completo legible por máquina; y (2) mediante una presentación de los servicios que se pueden comprar en un formato fácil de usar. Esta información también puede serle útil para decidir en qué centro recibirá su tratamiento. Hay más información disponible en la página [Federal Hospital Price Transparency FAQ](#) (Preguntas frecuentes sobre la transparencia de precios de hospitales a nivel federal).¹⁵

Debido a que recibe atención en un centro perteneciente al hospital, es posible que sea elegible para recibir el programa Charity Care, aunque tenga seguro. Nueva Jersey exige que todos los hospitales de cuidados intensivos, ya sean con o sin fines de lucro, ofrezcan un descuento del 100 % para los residentes con ingresos iguales o inferiores al 200 % del FPL, así como atención con descuento para pacientes con ingresos de entre el 200 % y el 300 % del FPL. Si tiene seguro, el programa Charity Care se puede utilizar para pagar la parte de la factura del hospital que su aseguradora no paga, incluidos los copagos y el coseguro.

Sección 4: Cómo solicitar atención preventiva, de rutina y especializada en un consultorio médico

Para algunas personas, la atención médica consiste en controles anuales con un médico de atención primaria o un ginecólogo, y derivaciones ocasionales para pruebas preventivas o de diagnóstico. Para otras personas, con enfermedades crónicas o problemas de salud mental, programar una cita con un médico, psicólogo o especialista es mucho más rutinario y ocurre con más frecuencia.

Como ya mencionamos en este capítulo, tanto para programar las citas con el médico como para gestionar la atención hospitalaria es muy importante que entienda su póliza de seguro médico, lo que está cubierto y lo que no, el alcance de la cobertura y, en consecuencia, la parte del costo que tendrá que pagar en forma de deducibles, copagos y coseguro. También debe estar al tanto de cuándo son necesarias las derivaciones y autorizaciones previas, y verificar SIEMPRE que un proveedor esté dentro de la red para no acabar pagando costos que creía cubiertos o con una factura médica sorpresiva. El proveedor debe informarle sobre su estado dentro o fuera de la red. Si se encuentra fuera de la red, debe pedirle a usted que firme un formulario de consentimiento en el que reconozca que sabe que es un proveedor fuera de la red y que está dispuesto a recibir sus servicios de todos modos y a un costo mayor que dentro de la red.

Si un proveedor dentro de la red practica un análisis de sangre, un estudio por imágenes u otro tipo de prueba en su consultorio, no puede enviarlos a un laboratorio fuera de la red para que los evalúe, por lo que, en este caso, no necesita preocuparse por recibir una factura médica sorpresiva. Pero si lo derivan a otro lugar para que le hagan el análisis de sangre u otra prueba, debe verificar de antemano que ese lugar esté dentro de la red. No puede suponer que en cualquier lugar al que le derive un médico de la red también estará dentro de la red. Tampoco debe aceptar pruebas u otros servicios de un proveedor de quien desconoce su estado en la red.

✚ CUANDO UN PROVEEDOR DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS SE ENCUENTRA FUERA DE LA RED



Si no puede encontrar un proveedor dentro de la red, algo que suele ocurrir con los servicios de salud mental y algunas especialidades, pregunte a su compañía de seguros si puede consultar a un profesional fuera de la red a tarifas dentro de la red. Procurarán encontrarle un proveedor a cierta distancia de su domicilio. De lo contrario, deben aprobar su solicitud. Sin embargo, si rechazan su solicitud, puede apelar esa denegación, como se explicó anteriormente con respecto a la denegación de beneficios.

✚ PAGO DE LA FACTURA MÉDICA

Después de que un proveedor de atención médica preste sus servicios, se le entregará una factura por su parte del costo, probablemente al menos un copago y tal vez algún costo compartido (conocido como "coseguro"), en especial si aún no ha alcanzado el deducible. Es probable que el proveedor espere que usted pague ese monto en el momento. Quizás sienta la tentación de pagarlo con su tarjeta de crédito. Si lo hace, tenga en cuenta que su deuda se convertirá en una deuda de tarjeta de crédito y ya no estará protegida por una ley reciente de Nueva Jersey según la cual se prohíbe notificar las deudas médicas a las agencias de crédito, se limita el interés aplicado a las deudas médicas a un máximo del 3 % y solo se permite embargar su salario para cobrar una deuda médica si gana más de seis veces el nivel federal de pobreza (FPL),¹⁶ que corresponde a \$93,900 en 2025 (6 veces el FPL de \$15,650).

Otro factor que debe considerar es que tiene menos probabilidades de que le demanden por una deuda médica que por una deuda de tarjeta de crédito. Además, los proveedores de atención médica suelen estar más dispuestos a reducir el monto de una deuda en mora si usted puede demostrar que tiene problemas económicos. Una vez que transfiere la deuda a una tarjeta de crédito, pierde esas oportunidades.

Su médico podría animarle a solicitar una tarjeta de crédito especial para pagar facturas médicas, pero tenga en cuenta que estas tarjetas no suelen ser una buena opción para este fin porque a menudo tienen tasas de interés altas (aunque puedan atraerle con una tasa inicial baja) o condiciones desfavorables. También pierde la posibilidad de negociar con su proveedor de atención médica sobre la factura y la deuda médica se convierte en una deuda de tarjeta de crédito, por lo que se pierden todas las protecciones descritas anteriormente. Debe tener la misma precaución con otras formas de financiación o préstamos médicos que puedan ofrecerle el médico, el hospital o un prestamista externo.

Por lo tanto, si puede abonar su copago en efectivo, debería hacerlo y pedir una factura por cualquier otro pago previsto.

CONSIDERACIONES FINALES

¹ La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security, ERISA) de 1974, Título 29, Sección 1001 y siguientes, del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC), se puede encontrar en <https://uscode.house.gov/view.xhtml?path=/prelim@title29/chapter18&edition=prelim>.

² El programa de Medicare, creado de conformidad con la Ley Pública 89-97, Título 42, Sección 1395 y siguientes, del USC, se puede encontrar en <https://www.govinfo.gov/content/pkg/USCODE-2011-title42/html/USCODE-2011-title42-chap7-subchapXVIII.htm>.

³ El programa de Medicaid del estado de Nueva Jersey, creado de conformidad con la Ley Pública 1968, Capítulo 413 (Título 30 de los Estatutos Anotados de Nueva Jersey (New Jersey Statutes Annotated, NJSA), Sección 4D-1 y siguientes), se puede encontrar en <https://law.justia.com/codes/new-jersey/title-30/section-30-4d-1/>.

⁴ El sitio web del State Health Benefits Program (SHBP) de Nueva Jersey es <https://www.nj.gov/treasury/pensions/hb-active-shbp.shtml>.

⁵ El sitio web del School Employees Health Benefits Program (SEHBP) de Nueva Jersey es <https://www.nj.gov/treasury/pensions/hb-active-sehbp.shtml>.

⁶ La “Ley de Garantía de la Transparencia en las Autorizaciones Previas”, Ley Pública 2023, capítulo 296, se puede encontrar en https://pub.njleg.state.nj.us/Bills/2022/PL23/296_.PDF.

⁷ El sitio web de Asistencia al Consumidor del Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey es <https://www.nj.gov/dobi/consumer.htm>.

⁸ El sitio web federal con información sobre sus derechos en virtud de la Ley Sin Sorpresas es <https://www.cms.gov/nosurprises>.

El Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey tiene información sobre sus derechos en virtud de las protecciones estatales fuera de la red en https://www.nj.gov/dobi/division_consumers/insurance/outofnetwork.html.

¹⁰ La guía de New Jersey Appleseed “A New Jersey Guide to Insurance Appeals: Understanding How to Contest Adverse Benefit Determinations in the State” se puede encontrar en <https://njappleseed.org/wp-content/uploads/2017/09/appleseed-appeals-guide.pdf>.

¹¹ Puede encontrar información sobre la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA) en <https://www.cms.gov/medicare/regulations-guidance/legislation/emergency-medical-treatment-labor-act>.

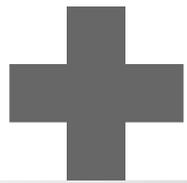
¹² Las Pautas del Nivel Federal de Pobreza para 2025 se pueden encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

¹³ El sitio web de Dollar For es <https://dollarfor.org/>.

¹⁴ El sitio web del Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas es <https://www.nj.gov/humanservices/cicrf/>.

¹⁵ Puede encontrar información sobre los requisitos federales en materia de transparencia de precios hospitalarios en <https://www.cms.gov/files/document/hospital-price-transparency-frequently-asked-questions.pdf>.

¹⁶ Las Pautas del Nivel Federal de Pobreza para 2025 se pueden encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.



CAPÍTULO DOS:

DERECHOS DE LOS PACIENTES NO ASEGURADOS

CAPÍTULO DOS: DERECHOS DE LOS PACIENTES NO ASEGURADOS

Sección 1: Dónde recibir atención: hospitales de cuidados intensivos y centros de salud aprobados a nivel federal

Sin seguro, puede ser difícil que un médico le atienda o le trate, a menos que busque servicios en la sala de emergencias de un hospital de cuidados intensivos, donde están obligados por ley a brindar atención. Los hospitales de cuidados intensivos prestan asistencia médica a corto plazo para enfermedades o lesiones repentinas y suelen ofrecer diversos servicios, como medicina de emergencia, atención para pacientes hospitalizados, cirugía, pruebas diagnósticas y cuidados intensivos. Nueva Jersey cuenta con alrededor de 72 hospitales de cuidados intensivos. Por el contrario, otros tipos de hospitales podrían enfocarse en la atención a largo plazo, la rehabilitación o las áreas especializadas de la medicina, como el cáncer.

Aun así, si no tiene seguro médico, tiene opciones a su disposición en Nueva Jersey donde puede recibir atención médica asequible o incluso gratuita como paciente “particular”, es decir, que paga de su bolsillo, generalmente porque no tiene seguro médico.

Una opción es el sistema de centros de salud calificados a nivel federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC), que son clínicas de salud comunitarias sin fines de lucro que prestan servicios de atención primaria a comunidades marginadas. Cuentan con el financiamiento del gobierno federal y ofrecen servicios independientemente de su capacidad de pago o situación migratoria. Los servicios se prestan según una escala móvil de tarifas. Se encuentran en todo el estado y se enumeran en el Apéndice, con direcciones e información de contacto.

Otra opción es solicitar servicios en cualquiera de los hospitales de cuidados intensivos de Nueva Jersey, que son necesarios para tratar a los pacientes independientemente de si están asegurados o no. Según la ley de Nueva Jersey (**NJSA, 26:2H-18.64**)¹, ningún hospital denegará la admisión o la prestación de un servicio adecuado a un paciente en función de su capacidad o fuente de pago. Esto incluye servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y cubre los servicios médicos necesarios. Los servicios médicos necesarios son servicios de atención médica que se necesitan para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión. En la práctica, algunos hospitales se muestran más receptivos que otros a atender a pacientes particulares. En cualquier caso, si tiene una emergencia médica, puede ir a una sala de emergencias de un hospital y se le garantiza que recibirá tratamiento, que puede incluir tratamiento ambulatorio. Tenga en cuenta que esto no se aplica a los centros de atención de urgencia, que no están obligados a brindar atención.

Sección 2: Cómo obtener una estimación justa de los costos

Si no tiene seguro o es un paciente “particular” (o no planea enviar sus facturas médicas a una compañía de seguros de salud), puede resultarle útil saber con anticipación lo que se le cobrará por su atención médica. La Ley Federal Sin Sorpresas le brinda a un paciente sin seguro

algunas herramientas importantes para averiguar cuáles serán sus costos médicos, *antes* de que reciba tratamiento.

La ley exige que los proveedores de atención médica les den a los pacientes que lo solicitan una “estimación de buena fe” del costo que se espera que cuesten los servicios. Siempre debe solicitar una estimación y guardarla en un lugar seguro. Esto es importante porque, si decidiera someterse a un tratamiento con el médico o el centro que le da una estimación de buena fe, tiene ciertos derechos a disputar la factura real si es al menos \$400 más alta que la estimación que se le dio. Esto se explica en más detalle en el Capítulo 3.

Los proveedores de atención médica, además de los hospitales, deben usar un formulario similar a [este](#)² para informarle por escrito los costos previstos del tratamiento. En el formulario se deben incluir el nombre del proveedor y los servicios incluidos en la estimación, como los códigos de facturación de cada tratamiento, medicamento, análisis de laboratorio u otro servicio médico. Debe incluir un monto total junto con un detalle de lo que usted adeudará por cada servicio o tratamiento médico previsto. Asegúrese de que en la estimación figuren su nombre y dirección, además del nombre y la dirección del proveedor, los códigos de facturación y una explicación en vocabulario sencillo del tratamiento y el precio estimado que se espera que usted pague.

Aunque también puede solicitar que el médico incluya en su estimación todos los demás servicios asociados con el tratamiento, no tiene la obligación de hacerlo. Es posible que tenga que pedir una estimación de buena fe distinta a cada médico y a cada centro de atención médica para comprender mejor el gasto total de la atención que espera recibir.

Recuerde que una **estimación de buena fe no es un contrato y no le obliga a acudir a esos médicos u hospitales.** También es importante tener en cuenta que puede pedirles a los médicos y hospitales una estimación de buena fe en cualquier momento, aunque no esté por programar el tratamiento. Por otro lado, el médico debe darle la estimación de buena fe, por escrito, en el plazo de un día hábil después de su solicitud, si la atención se programa dentro de los próximos tres a nueve días, y en un plazo de tres días hábiles, si la atención se programa dentro de los próximos 10 días. Si la estimación de buena fe se suministra por medios electrónicos, debe proporcionarse en un formulario que pueda imprimirse y guardarse. Si retrasa su atención por más de un mes, vuelva a comunicarse con ese proveedor para asegurarse de que la estimación de buena fe siga siendo correcta.

Tenga en cuenta que la Norma de Transparencia de Precios Hospitalarios, [Título 45 del Código de Regulaciones Federales \(Code of Federal Regulations, CFR\), Parte 180](#),³ que entró en vigencia en 2021, [exige que los hospitales publiquen sus precios en línea](#)⁴, por lo que incluso antes de solicitar una estimación de buena fe a uno o más hospitales, debería ser posible “comparar precios” para encontrar un hospital que cobre menos por el procedimiento en cuestión. El sitio web [NJ Hospital Price Compare \(Comparación de precios hospitalarios de NJ\)](#)⁵ podría ayudarle a comparar los precios. Igualmente, nunca confíe solo en esta página y siempre solicite una estimación de buena fe.

Línea de quejas: si no recibe la estimación de buena fe a la que tiene derecho por ley, comuníquese con el [Centro de Ayuda de la Ley Sin Sorpresas](#)⁶ del gobierno federal por Internet o llame al **1-800-985-3059**.

Averigüe si cumple los requisitos para recibir asistencia o seguro

Saber si es elegible para recibir asistencia económica o seguro es fundamental para tener una idea de cuánto le costará la atención médica con anticipación. Si decide recibir tratamiento en un hospital de cuidados intensivos, en cualquier momento antes de la cita puede solicitar una evaluación para determinar si reúne los requisitos para acceder al programa estatal de asistencia económica de Nueva Jersey (es decir, el programa Charity Care, que se explicó en más detalle en el Capítulo 1 y en la Sección 4 de este capítulo) o para obtener cobertura de seguro médico público, como Medicaid (ya sea Medicaid conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio [ACA] o Medicaid para personas mayores, ciegas o con discapacidad [Aged, Blind & Disabled, ABD]); el programa Children's Health Insurance Plan (CHIP), que brinda cobertura a menores de 18 años de hogares con ingresos iguales o inferiores al 355 % del nivel federal de pobreza (FPL), independientemente de su situación migratoria; o cualquier otro programa orientado a una subsección de la población, como las mujeres embarazadas.

En este [enlace podrá consultar el nivel de ingreso requerido en 2025⁷](#) para acceder a todos los programas (o casi todos) de Medicaid y CHIP en Nueva Jersey, que en conjunto se conocen como New Jersey FamilyCare.

Sección 3: Cómo negociar los cargos y el pago por adelantado

Puede intentar negociar una reducción en el costo de la atención médica que no sea de emergencia antes o después de recibirla. Una ley de Nueva Jersey que entrará en vigor en julio de 2025 les exigirá a los proveedores de atención médica que le ofrezcan un plan de pagos razonable después de que haya recibido atención, pero no tendrán la obligación de negociar con usted por adelantado, antes de prestarle los servicios médicos. Esto hace que sea un poco más difícil negociar con antelación y puede que haya quienes no estén dispuestos a hacerlo.

Sin embargo, es posible que igualmente quiera intentarlo, especialmente si se trata de un procedimiento electivo o que no sea de emergencia, por el que tal vez no esté dispuesto a seguir adelante a menos que pueda negociar un costo más bajo y asequible por adelantado. Si intenta negociar, un buen punto de partida es el 115 % de la tarifa que paga Medicare, que es la tarifa con descuento que un hospital de cuidados intensivos debe cobrarle a un paciente con ingresos del 500 % del FPL o menos. En la Sección 4 a continuación encontrará información sobre cómo averiguar cuáles son esas tarifas.

Tenga en cuenta que, en virtud de la ley federal, las salas de emergencia deben brindarle tratamiento en caso de emergencia, independientemente de si está asegurado o no o de su capacidad de pago. Este derecho a recibir atención de emergencia conforme a la ley federal se otorga en virtud de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA). Sin embargo, en Nueva Jersey, su derecho a recibir atención independientemente de su capacidad de pago no se limita a los casos de emergencia. Como se indicó anteriormente, según la ley de Nueva Jersey, ningún hospital denegará la admisión o la prestación de un servicio adecuado a un paciente en función de su capacidad o fuente de pago, lo que incluye los servicios médicos necesarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.



Sección 4: Charity Care y asistencia económica

Cuando recibe servicios de atención médica en un hospital de cuidados intensivos de Nueva Jersey (en la actualidad, hay 72 de estos hospitales y se enumeran en el Apéndice), es posible que reúna los requisitos para participar en el programa de asistencia hospitalaria de Nueva Jersey, comúnmente denominado "Charity Care". Este programa de asistencia económica aborda cómo se paga la atención médica que se recibe en un hospital después de que el paciente recibió el tratamiento.

La Ley de Reforma de la Atención Sanitaria (Health Care Reform Act) de 1992 de Nueva Jersey, que contiene los fundamentos legales del programa Charity Care, incluye una importante disposición mediante la que se garantiza el acceso a los servicios hospitalarios independientemente de su capacidad de pago: "ningún hospital denegará la admisión o la prestación de un servicio adecuado a un paciente en función de su capacidad o fuente de pago". NJSA, 26:2H-18-64.⁸ Esta disposición se aplica a hospitales con y sin fines de lucro, y estos pueden incurrir en una multa civil de \$10,000 por cada infracción. A continuación, se explica quién es elegible para recibir atención gratuita o a un precio reducido en virtud del programa, qué documentación de ingresos debe presentarse al presentar una solicitud para ese programa y qué servicios están cubiertos.

¿Quién es elegible para recibir asistencia?

La elegibilidad para acceder al programa Charity Care se basa, en primer lugar, en el nivel de ingresos. Una persona puede acceder a Charity Care con "cobertura total" (atención médica prácticamente gratuita) si sus ingresos personales (o los ingresos familiares, si corresponde) son inferiores o iguales al 200 % del nivel federal de pobreza (FPL).⁹ O bien puede acceder a Charity Care "con tarifa reducida" si su ingreso individual o familiar correspondiente se encuentra entre el 200 % y el 300 % del FPL. El porcentaje de los cargos hospitalarios que deben abonar las personas dentro de esta categoría se determina según una escala móvil basada en los ingresos: quienes tienen ingresos entre el 200 % y el 225 % del nivel federal de pobreza (FPL) deben pagar el 20 % de los cargos; entre el 225 % y el 250 %, el 40 %; entre el 250 % y el 275 %, el 60 %; y entre el 275 % y el 300 % del FPL, el 80 % de los cargos. Las personas con ingresos superiores al 300 % del FPL no reciben asistencia.

Quienes tienen ingresos superiores al 300 % del FPL, pero inferiores al 500 %, también pueden recibir ayuda. Los hospitales tienen prohibido cobrarle a una persona sin seguro con ingresos familiares inferiores al 500 % del FPL más del 115 % de la tarifa de reembolso de Medicare. NJSA, 26:2H-12:52.¹⁰

REQUISITOS DE INGRESOS PARA ACCEDER A CHARITY CARE/ASISTENCIA FINANCIERA EN 2025

TAMAÑO FAMILIAR*	COBERTURA TOTAL DE CHARITY CARE (200 % DEL FPL O MENOS)	COBERTURA REDUCIDA DE CHARITY CARE (200 %-300 % del FPL)	LÍMITE DEL 115 % EN LA TASA DE MEDICARE (del 301 % al 500 % del FPL)
1	\$31,300	\$31,301 a \$46,950	\$46,951 a \$78,250
2	\$42,300	\$42,301 a \$63,450	\$63,451 a \$105,750
3	\$53,300	\$53,301 a \$79,950	\$79,951 a \$133,250
4	\$64,300	\$64,301 a \$96,450	\$96,451 a \$160,750
5	\$75,300	\$75,301 a \$112,950	\$112,961 a \$188,250
6	\$86,300	\$86,301 a \$129,450	\$129,451 a \$215,750
7	\$97,300	\$97,301 a \$145,950	\$145,951 a \$243,250
8	\$108,300	\$108,301 a \$162,450	\$162,451 a \$270,750

* Para grupos familiares de más de 8 personas, agregue \$5,500 por cada persona adicional

Enlaces de referencia de FPL y tarifas de Medicare

Puede consultar el nivel federal de pobreza de 2025 en [este sitio web](#).¹¹

Para averiguar cuál es la tarifa de Medicare para un servicio médico en particular, acceda a [este enlace al sitio web](#)¹² que contiene esa herramienta de búsqueda. Tenga en cuenta que tendrá que hacer clic en dos pantallas y, una vez que llegue a la página de búsqueda, necesitará el código de terminología actualizada de procedimientos médicos (Current Procedural Terminology, CPT) de cinco dígitos, también conocido como sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS), del procedimiento específico que desea buscar. Si ya ha recibido la atención en cuestión, es posible que el código CPT/HCPCS aparezca en la factura. De lo contrario, pregúntele al proveedor al hospital que prestó o prestará el servicio. Si tiene seguro, los códigos pueden aparecer en la Explicación de beneficios que le envía la compañía de seguros o puede llamar a la aseguradora y preguntar.

Tenga en cuenta que lo que parece ser un solo procedimiento puede tener más de un código aplicable, por lo que tendrá que buscar la tarifa de reembolso de Medicare para cada uno de esos códigos y sumar los montos.



Cálculo de ingresos

Si bien no existe margen de discreción respecto al monto de ingresos necesario para calificar a los distintos niveles de Charity Care, el solicitante tiene cierta flexibilidad para intentar cumplir los requisitos, ya que puede elegir uno de tres *períodos* diferentes para calcular sus ingresos. Los ingresos anuales brutos pueden calcularse con respecto a los 12 meses anteriores a la fecha del servicio, o bien en función de los ingresos de los tres meses anteriores (multiplicados por cuatro) o

de los ingresos del mes anterior (multiplicados por 12). Puede elegir cualquiera de estos períodos que tenga los ingresos más bajos a fin de cumplir los requisitos para recibir asistencia económica. [NJAC 10:52-11.8\(e\)](#).¹³ Esta opción es importante para personas sin seguro y con bajos ingresos que no tienen ingresos estables durante todo el año. Debe estar al tanto de esta reglamentación, ya que muchos administradores de hospitales no lo están.



+ Documentación de ingresos

Los solicitantes de Charity Care también pueden demostrar sus ingresos de diversas maneras. La normativa vigente reconoce con gran acierto que puede haber varias formas de documentar los ingresos durante el período pertinente y que es posible que algunos solicitantes no puedan demostrar sus ingresos por los medios convencionales, como un recibo de sueldo, un formulario W-2, una carta del empleador, una declaración anual del Seguro Social, etc. La normativa permite específicamente que un solicitante que no pueda documentar sus ingresos por medios convencionales suministre una certificación (una declaración bajo pena de perjurio) de ingresos por escrito. [NJAC 10:52-11.9\(a\)\(3\)](#).¹⁴ Esta es otra opción importante prevista en la normativa del programa Charity Care de la que los administradores de los hospitales tal vez no le informen.

+ Evaluación de bienes para determinar la elegibilidad



Además de demostrar que cumplen los requisitos de ingresos, las personas deben aprobar una evaluación de activos para determinar su elegibilidad. Los límites de activos son de \$7,500 para una persona y de \$15,000 para una familia, si corresponde. En la normativa se especifica qué tipos de activos se tienen en cuenta; básicamente, se incluyen efectivo y bienes que pueden convertirse fácilmente en efectivo, como cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, acciones corporativas, cuentas individuales de jubilación (Individual Retirement Accounts, IRA) y capital inmobiliario. Sin embargo, la vivienda principal está específicamente *excluida* como activo, por lo que, si usted es propietario de su casa, puede cumplir los requisitos de todas formas. [NJAC 10:52-11.10\(c\)](#).¹⁵ Procure asegurarse de que el hospital no tenga en cuenta los activos que usted pueda tener, pero que no puedan convertirse fácilmente en dinero o que no sean realmente de su propiedad, sino que estén en fideicomiso a nombre de un progenitor o un hijo.

Otra limitación importante sobre los límites de activos es que el solicitante debe tener la oportunidad de intentar quedar por debajo del límite de \$15,000 deduciendo cualquier monto que ya haya pagado o vaya a pagar por servicios médicos, conocidos como “gastos médicos calificados”, que son los mismos tipos de gastos médicos que puede deducir en su declaración federal de impuestos sobre la renta. La mayoría de los gastos médicos, como las visitas al médico y los medicamentos recetados, estarían incluidos, no así la mayoría de los procedimientos estéticos y medicamentos sin receta. En [este sitio web](#),¹⁶ se enumeran gastos médicos, entre ellos, aborto y acupuntura, ambulancias, insumos como vendas y sillas de ruedas, pastillas anticonceptivas, condones, pruebas de embarazo, vasectomías, materiales de lectura en braille

(si tiene discapacidad visual); audífonos; programas para ayudarlo a dejar de fumar (aunque no se incluyen parches de nicotina, chicles ni otros medicamentos para dejar el hábito) o perder peso (si se trata de un tratamiento para una enfermedad específica que diagnosticó un médico, como obesidad o enfermedad cardíaca) y muchos más gastos relacionados con la salud.

Este es un ejemplo un ejemplo de cómo se alcanza el límite de activos del programa Charity Care: una persona casada tiene ingresos familiares inferiores al 200 % del FPL, pero también tiene \$16,000 en una cuenta bancaria. Supongamos que la factura del hospital es de \$50,000. A pesar de que parezca que no reúne los requisitos porque sus activos superan el límite en \$1,000, puede que aún reúna los requisitos si ella o su cónyuge ya han incurrido en gastos de medicamentos recetados o dentales sin cobertura durante el año que superen los \$1,000, o si aceptan pagar \$1,000 de la factura médica de \$50,000.

¿Qué servicios tienen cobertura?

Es indiscutible que los servicios hospitalarios “necesarios” para pacientes hospitalizados y ambulatorios cuentan con la cobertura del programa Charity Care. Los estatutos que autorizan esto son los NJSA, 26:2h-18,60(b)¹⁷, según los cuales una persona con ingresos inferiores o iguales al 300 % del FPL podrá acceder al programa Charity Care para los “servicios de atención médica necesarios prestados en un hospital”. Entre ellos, se incluyen servicios tan variados como servicios de soporte vital avanzado (Advanced Life Support, ALS) y servicios de diálisis para pacientes ambulatorios. NJAC 8:31B-4,38.¹⁸ Los servicios de ALS comprenden servicios prehospitalarios a cargo de una unidad de cuidados intensivos móvil en una ambulancia, que deben estar cubiertos por una normativa diferente de la normativa principal del programa Charity Care.

El punto más polémico e incierto es si los servicios hospitalarios que prestan los médicos pero que estos facturan por separado se incluyen en la cobertura del programa Charity Care. Por ejemplo, un paciente que va a la sala de emergencias con dolor de pecho y se le hospitaliza para practicarle un cateterismo cardíaco puede considerarse elegible para el programa Charity Care y, al mismo tiempo, recibir facturas separadas del médico de emergencias, el radiólogo, el anestesista e incluso el cardiólogo que le practica el cateterismo. Muchas personas suponen que, como la factura no procede directamente del hospital, el servicio no se cubre a través del programa Charity Care, y muchos médicos que prestan estos servicios de emergencia en el hospital desmienten que puedan facturar a los pacientes por separado. Por otro lado, se sostiene que permitir que se facturen al paciente estos *servicios médicos recibidos en el hospital* iría en contra del texto y la finalidad de la ley que rige el programa Charity Care. La ley exige que el programa Charity Care les brinde cobertura a los pacientes que cumplen los requisitos de ingresos y reciben tratamiento en un centro de cuidados intensivos, es decir, tratamiento a cargo de un médico. Por lo tanto, no solo los médicos contratados por el hospital deben prestar servicios según las condiciones exigidas en virtud del programa Charity Care, sino todos los médicos que brindan dichos servicios en estos lugares.

Si usted o un familiar reciben una factura de un médico que les prestó servicios en un hospital de cuidados intensivos, comuníquese con Legal Services of New Jersey (llame a la línea de ayuda, que está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., al 888-LSNJ-LAW o 888-576-5529). O bien, puede recurrir a una de las oficinas de Legal Services repartidas por todo el estado, que figuran en el Apéndice C, para que le representen y le ayuden a impugnar la factura.



¿Cuáles son las responsabilidades de un hospital de informar sobre Charity Care?

Obviamente, las personas no pueden presentar una solicitud para Charity Care si no saben de la existencia del programa. Por lo tanto, los hospitales tienen la responsabilidad legal de garantizar que usted y otros pacientes conozcan el programa, tengan la oportunidad de presentar una solicitud y reciban una explicación de los motivos si esta se rechaza. La principal responsabilidad del hospital es notificar por escrito a cada paciente sobre la disponibilidad del programa Charity Care a más tardar en la fecha en que se envía la primera factura. Sin embargo, le recomendamos que, si no tiene seguro y cree que cumple los requisitos de ingresos, no debe esperar la factura, sino pedir una solicitud para Charity Care antes de recibir el alta hospitalaria o inmediatamente después de esto.



Además, como ya se mencionó, usted puede ser elegible para otro programa de asistencia médica (como Medicaid o New Jersey FamilyCare) y el hospital debe derivarle al programa adecuado dentro de los tres meses de la fecha de prestación del servicio. Estas responsabilidades del hospital son exigibles, lo que significa que, **si el hospital no notifica por escrito la disponibilidad de Charity Care ni hace una derivación adecuada a otro programa de asistencia médica dentro de los plazos correspondientes, no puede facturarle el servicio.** NJAC 10:52-11.5(d)(3).¹⁹ Es importante que plantee esta cuestión al hospital o a cualquier persona que intente cobrar la factura en nombre del hospital, y debe pedir que le suministren una solicitud para Charity Care si aún no lo ha hecho.

Tiene derecho a presentar una solicitud para Charity Care al hospital en cualquier momento en el plazo de un año a partir de la fecha de prestación del servicio, y el hospital puede extender ese plazo a dos años a partir de la fecha del servicio. De hecho, el hospital tiene un incentivo para extender ese plazo a dos años, ya que, si usted cumple los requisitos para acceder a Charity Care, el estado reembolsará al hospital por ese servicio. En cambio, si el hospital no acepta la solicitud, tendrá que hacer el esfuerzo de intentar cobrarle, aunque usted no tenga capacidad de pago, aunque se dicte sentencia en su contra. El hospital debe informarle a usted, el solicitante, por escrito dentro de los 10 días de su decisión sobre su solicitud para acceder a Charity Care. También debe informarle si no suministró información suficiente con la solicitud o sobre otros motivos de rechazo.

Un grupo sin fines de lucro llamado Dollar For²⁰ podría ayudarle con el proceso de solicitud. En su sitio web encontrará una herramienta simple y sin costo que, según ellos, le dará una respuesta rápida sobre su elegibilidad para el programa Charity Care. Debe ingresar el monto y la fecha de la factura del hospital, los ingresos y el tamaño de su grupo familiar, y si tiene seguro o no. Si la herramienta dice que usted cumple los requisitos, le invitarán a completar el formulario en línea y se ofrecerán a preparar su solicitud y enviarla al hospital en el plazo de una a tres semanas. Una vez enviada su solicitud, le enviarán un correo electrónico y un mensaje de texto para informarle y darle consejos sobre cómo hacer un seguimiento y, si es necesario, ayudarle a enviar otros documentos y preparar una apelación.



Cómo presentar una queja sobre Charity Care

Para presentar una queja sobre el modo en que un hospital procesó su solicitud para acceder a Charity Care, comuníquese con el programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de Nueva Jersey. Puede llamarlos al (866) 588-5696, enviarles un correo electrónico a Charity.Care@doh.state.nj.us o escribirles a:

**NJ Department of Health, New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program
P.O. Box 360
Trenton, NJ 08625-0360**

Use esta misma información de contacto para presentar una queja si el hospital procesó su solicitud correctamente, pero recibió una factura con un importe indebido, ya que no refleja el nivel de asistencia de Charity Care para el que cumple los requisitos.



Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas

Otra posible fuente de asistencia es el Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas (CICRF). Se trata de un programa estatal disponible para ayudar a cubrir los gastos de las familias de Nueva Jersey que tienen hijos con una enfermedad o afección para la que el seguro, los programas estatales o federales u otras fuentes, como un evento para recaudar fondos, no cubre al menos una parte de esos gastos. El Fondo tiene como objetivo ayudar a preservar la capacidad de una familia para sobrellevar las responsabilidades que suponen los problemas de salud importantes de un niño.

La asistencia está disponible para cualquier tipo de enfermedad, siempre y cuando los costos de su tratamiento sean "catastróficos" para la familia. Aunque no hay requisito de ingresos, el importe total de los gastos médicos elegibles incurridos en cualquier período de 12 meses debe alcanzar o superar el 10 % de los primeros \$100,000 de los ingresos familiares, más el 15 % de cualquier ingreso adicional que supere los \$100,000. Puede presentar la solicitud para varios períodos de 12 meses y de hasta siete años atrás.

Se cubre una amplia gama de gastos médicos, como atención médica en todos los entornos, terapias, productos farmacéuticos, atención hospitalaria especializada o intensiva, equipos o suministros médicos descartables, modificaciones médicas en el hogar y el vehículo, transporte médico, atención médica en el hogar y servicios de salud mental y para adicciones.

No puede solicitar el pago de los gastos médicos por adelantado, sino que debe esperar hasta que se hayan proporcionado el tratamiento y los servicios médicos para poder solicitar el reembolso. De hecho, debe presentar la Explicación de beneficios junto con la solicitud del Fondo, así que le recomendamos esperar hasta que el seguro haya procesado las solicitudes. Puede solicitar reembolsos que no se hayan abonado en su totalidad porque el Fondo no solo le reembolsará los gastos que haya pagado de su bolsillo, sino que puede pagarles directamente a los proveedores los saldos pendientes.

Los menores de 21 años tienen cobertura, pero se puede solicitar el reembolso de alguien mayor si los gastos se incurrieron mientras aún tenía menos de 22 años. Los niños indocumentados no son elegibles. La asistencia está disponible únicamente para niños con domicilio legal en Nueva Jersey Y sean ciudadanos estadounidenses o titulares de permisos de residencia, o que hayan obtenido la condición de inmigrantes legales (es decir, titulares de una visa que le permita a la familia fijar su residencia).

Hay información adicional disponible en el [sitio web](#).²¹

CONSIDERACIONES FINALES

¹ El texto de los NJSA, 26:2H-18.64, se puede encontrar en <https://njlaw.rutgers.edu/collections/njstats/showsect.php?title=26&chapter=2h§ion=18.64&actn=getsect>.

² Puede encontrar un ejemplo del formulario para dar una estimación de buena fe en virtud de la Ley Sin Sorpresas federal en <https://www.cms.gov/files/document/good-faith-estimate-example.pdf>.

³ La Norma de Transparencia de Precios Hospitalarios, Título 45 del CFR, Parte 180, se puede encontrar en <https://www.ecfr.gov/current/title-45/subtitle-A/subchapter-E/part-180>.

⁴ Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales, que exigen el cumplimiento de la Norma de Transparencia de Precios Hospitalarios, explican cómo funciona en las preguntas frecuentes que se pueden encontrar en <https://www.cms.gov/files/document/hospital-price-transparency-frequently-asked-questions.pdf>.

⁵ El sitio web para comparar los precios de hospitales de Nueva Jersey se puede encontrar en <http://www.njhospitalpricecompare.com/Default>.

⁶ El Centro de Ayuda en línea de la Ley Sin Sorpresas es <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

⁷ Los niveles de elegibilidad de 2025 para los programas CHIP y Medicaid en Nueva Jersey se pueden encontrar en <https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/info/resources/medicaid/2025/25-03IncomeEligibility%20Standards%20EffectiveJanuary%201,2025.pdf>.

⁸ Los NJSA, 26:2H-18-64, en los que se estipulan las bases legales del programa Charity Care de Nueva Jersey, se puede encontrar en <https://njlaw.rutgers.edu/collections/njstats/showsect.php?title=26&chapter=2h§ion=18.64&actn=getsect>.

⁹ Las Pautas del Nivel Federal de Pobreza para 2025 se pueden encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

¹⁰ Los NJSA, 26:2H-12:52, mediante los que se limitan los cargos hospitalarios a no más del 115 % de la tarifa de Medicare para un paciente con ingresos familiares inferiores al 500 % del nivel federal de pobreza, se pueden encontrar en <https://njlaw.rutgers.edu/collections/njstats/showsect.php?title=26&chapter=2h§ion=12.52&actn=getsect>.

¹¹ Las Pautas del Nivel Federal de Pobreza para 2025 se pueden encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

¹² El sitio web de Medicare, que le permite buscar el cuadro de tarifas del médico (Physician Fee Schedule, PFS) ingresando el código CPT o HCPCS del procedimiento específico es <https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search/overview>.

¹³ El NJAC 10:52-11.8(e), que le permite elegir el mejor período para reunir los requisitos y recibir asistencia económica, se puede encontrar en <https://www.law.cornell.edu/regulations/new-jersey/N-J-A-C-10-52-11-8>.

¹⁴ El NJAC 10:52-11.9(a)(3), que le permite demostrar su elegibilidad para acceder a Charity Care presentando varios documentos o una certificación por escrito, se puede encontrar en <https://www.law.cornell.edu/regulations/new-jersey/N-J-A-C-10-52-11-9>.

¹⁵ El NJAC 10:52-11.10(c), que dice qué activos se pueden considerar para decidir si usted cumple los requisitos para acceder a Charity Care y que la residencia principal de su familia no se puede tener en cuenta, se puede encontrar en <https://www.law.cornell.edu/regulations/new-jersey/N-J-A-C-10-52-11-10>.

¹⁶ Puede encontrar una lista de gastos médicos sujetos a impuestos, que son los mismos que puede deducir para cumplir con la evaluación de activos para determinar la elegibilidad para Charity Care, en [https://www.irs.gov/publications/p502#:~:text=seePub.555.,How Much of the Expenses Can You Deduct If, than 7.5 of your AGI](https://www.irs.gov/publications/p502#:~:text=seePub.555.,How%20Much%20of%20the%20Expenses%20Can%20You%20Deduct%20If%20more%20than%207.5%20of%20your%20AGI).

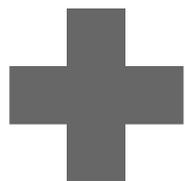
¹⁷ Los NJSA, 26:2h-18.60(b), que estipulan que el programa Charity Care de Nueva Jersey cubre los “servicios de atención médica necesarios prestados en un hospital” se pueden encontrar en <https://njlaw.rutgers.edu/collections/njstats/showsect.php?title=26&chapter=2h§ion=18.60&actn=getsect>.

¹⁸ El NJAC 8:31B-4.38, que dice que Charity Care de Nueva Jersey cubre los servicios de reanimación cardiopulmonar avanzada (ALS) y diálisis, se puede encontrar en <https://www.law.cornell.edu/regulations/new-jersey/N-J-A-C-8-31B-4-38>.

¹⁹ El NJAC 10:52-11.5(d)(3), que dice que un hospital no puede facturarle servicios a un paciente si no le ha notificado por escrito de la disponibilidad de Charity Care ni le ha derivado correctamente a otro programa de asistencia médica dentro de los tres meses de la fecha del servicio, se puede encontrar en <https://www.law.cornell.edu/regulations/new-jersey/N-J-A-C-10-52-11-5>.

²⁰ El sitio web de Dollar For, que ofrece asistencia gratuita con las solicitudes de acceso al programa Charity Care, se puede encontrar en <https://dollarfor.org/>.

²¹ El sitio web del Fondo de Ayuda para Niños con Enfermedades Catastróficas es <https://www.nj.gov/humanservices/cicrf/>.



CAPÍTULO TRES:

QUÉ HACER CUANDO RECIBE UNA FACTURA

CAPÍTULO TRES: QUÉ HACER CUANDO RECIBE UNA FACTURA

Independientemente de si tiene seguro o no, en algún momento después de recibir servicios de atención médica que no su seguro o Charity Care no cubren en su totalidad, recibirá una factura del proveedor o los proveedores involucrados en su tratamiento. En este capítulo entenderá cómo leer esa factura, cómo averiguar si es correcta, tanto con respecto a qué se le está cobrando y cuánto, y, una vez que sepa cuánto debe realmente, cómo crear un plan de pagos con el proveedor para poder pagar la factura. También le sugeriremos cómo proceder si no se puede poner de acuerdo con el proveedor sobre el monto que adeuda, o si no está de acuerdo con una decisión de la compañía de seguros de denegar la cobertura o considerar erróneamente la factura como fuera de la red.

Sección 1: **Cómo entender la factura**



Diferencia entre una factura médica y la Explicación de beneficios

En primer lugar, aclaremos las confusiones que pueda haber entre una factura médica de un proveedor y una Explicación de beneficios de su compañía de seguro médico en relación con los servicios facturados.

Antes de obtener atención médica, los proveedores médicos suelen pedirle que firme un formulario mediante el que les asigna los beneficios del seguro. Esto permite que el médico u otro proveedor le facture directamente a la compañía de seguros por sus servicios. La mayoría de los proveedores cobrarán su copago en el momento de la visita y, luego, pospondrán la facturación hasta que la aseguradora pague su parte. Posteriormente, se le facturará lo que falte o la diferencia, que suele ser un importe que representa el coseguro o la parte del costo que le corresponde. También puede haber algunos proveedores que quieran que usted les pague la totalidad al momento del servicio, lo que le permite a usted pedir un reembolso total o parcial a su compañía de seguros.

Si la compañía de seguros le paga directamente al proveedor o le reembolsa a usted después de que le haya pagado al proveedor, debe enviarle una Explicación de beneficios, en la que se le informa qué servicios se facturaron, qué tarifa se negoció para dichos servicios (el monto más bajo, a menudo mucho más bajo, que el proveedor y la aseguradora han negociado para ese servicio en particular), lo que pagó la aseguradora, lo que usted podría haber pagado ya (generalmente el copago que se cobra en el consultorio al momento del servicio) y cualquier monto adicional que aún adeuda, que se espera que usted pague.

✚ Qué hacer cuando recibe una factura médica

- Abra la factura de inmediato.
- Asegúrese de comprender los cargos. Si no los comprende, llame al médico o al Departamento de Facturación del centro para que le expliquen lo que no entiende. Dado que los Departamentos de Facturación y las compañías de seguros pueden cometer errores, si algo no parece correcto, se recomienda verificarlo.
- También debe solicitar una factura detallada y controlarla cuidadosamente antes de pagarla. Pida que le expliquen los códigos o términos que no comprenda. Aunque no existe ninguna ley que les exija suministrarle una factura detallada con vocabulario sencillo, no pierde nada por preguntar.
- Al examinar la factura, debe asegurarse de que se le facturen los servicios que efectivamente recibió, en los montos correctos, por la cantidad correcta de días en el caso de una hospitalización, y por los procedimientos y medicamentos correctos, que no se duplicó ningún cargo por error y que la factura refleja con precisión todo monto que se usted y la aseguradora le pagaron al proveedor.
- Si tiene seguro, debe comparar la factura con la Explicación de beneficios que le envió la aseguradora. Si hay alguna discrepancia, eso podría ser indicio de que se produjo un error y debe comunicarse con el proveedor, la aseguradora, o mejor con ambos, para que le expliquen por qué la factura y la Explicación de beneficios no coinciden.
- Si no tiene seguro y obtuvo una “Estimación de buena fe”, compare la estimación con las facturas finales. Si el monto de una factura es de \$400 o más que la estimación de buena fe, puede disputar la factura. (Aprenda cómo disputar su factura en la Sección 3 a continuación).
- Si descubre que se le está cobrando incorrectamente de alguna manera, informe al proveedor y pídale que corrija la factura. También puede encontrar motivos para creer que la compañía de seguros negó indebidamente la cobertura de la totalidad o parte de su solicitud, e incluso puede enviarle una factura médica sorpresiva en incumplimiento de la ley federal y, posiblemente, también la estatal. Debe comunicarse con su aseguradora y pedirle que solucione el problema. En la Sección 3 de este capítulo se explica qué hacer si se niega a hacerlo.
- Lleve notas de sus conversaciones con el Departamento de Facturación o la compañía de seguros: incluya la fecha, la hora, el nombre de la persona con la que está hablando y lo que le dice.
- Guarde todas las facturas y los documentos del proveedor y la compañía de seguro médico, y consérvelos juntos en el mismo lugar para poder encontrarlos fácilmente.
- Después de saber cuánto debe realmente en función de los cargos correctos y los pagos del seguro, deberá inscribirse en un plan de pagos por ese monto, como se explica en la siguiente sección.



Sección 2: **Cómo negociar un “plan de pagos razonable”**

Después de haber verificado la precisión de la factura y el monto que debe, es posible que aún no tenga los fondos disponibles para pagar todo de una vez.

Tenga en cuenta que si paga una factura médica con una tarjeta de crédito, la deuda médica perderá ciertas protecciones legales que, de otro modo, se aplicarían a ella en virtud de una ley de Nueva Jersey de 2024 conocida como la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas (Louisa Carman Medical Debt Relief Act)¹, que estipula un límite del 3 % en los intereses y una prohibición de informar dichas deudas a las agencias de información crediticia. Lo mismo sucede si utiliza servicios financieros como CareCredit y tarjetas para pagos médicos similares para abonar procedimientos exclusivamente estéticos, servicios de spa o servicios veterinarios para una mascota. Además, tenga en cuenta que CareCredit y algunos otros tipos de financiación médica podrían promocionar la obtención de fondos sin interés o con una tasa de interés muy baja durante un período específico, pero si usted no paga completamente dentro de ese plazo o no efectúa un pago, el interés podría aplicarse y posiblemente a una tasa más alta de lo que se cobraría normalmente. Debe tener la misma precaución con otras formas de financiación o préstamos médicos que puedan ofrecerle el médico, el hospital o un prestamista externo.

Si le es posible, le recomendamos encontrar alguna otra forma de pagar una factura médica, por ejemplo, mediante la inscripción en un plan de cuotas (que se explica a continuación) o pedirle dinero prestado a un familiar o amigo.

¿Qué es un “plan de pagos razonables”?

Algunos proveedores actualmente ofrecen planes de pago. Por ejemplo, Summit Medical Group, que cuenta con miles de proveedores de diversas especialidades médicas en cinco estados y con 170 centros en Nueva Jersey, ofrece planes de pago sin intereses a dos meses cuando paga a través del portal en línea. Si necesita más tiempo que ese, cuentan con un número de teléfono al que puede llamar para negociar una prórroga, aunque podrían cobrar intereses.

Ahora, todos los proveedores médicos de Nueva Jersey deben ofrecer un “plan de pagos razonable” a raíz de una ley estatal que entró en vigor el 22 de julio de 2025. Todos los proveedores de atención médica, incluidos los médicos privados, deben ofrecer dicho plan antes de poder iniciar las gestiones de cobro de deudas médicas. (Las agencias de cobro de deudas también están sujetas a este requisito y no pueden demandarle antes de ofrecerle un plan de pagos razonable). Estos planes de pagos pueden durar de seis meses a cinco años, y posiblemente más, según el monto que deba y su capacidad de pago. El monto de los pagos mensuales no puede ser superior al 3 % de sus ingresos mensuales personales, si el proveedor o el cobrador conocen esa información, y la tasa de interés anual no puede ser superior al 3 %.

El requisito del plan de pagos se extiende a los pacientes con y sin seguro. Si tiene seguro, el monto de la factura dependerá de si ha alcanzado el deducible y de si su plan médico le exige que pague un porcentaje del cargo que su aseguradora ha negociado por los servicios que recibió. Si no tiene seguro, la tarifa no se negocia con antelación y lo más probable es que

le cobren un importe mayor que a una persona que tenga seguro. Por lo tanto, antes de que el proveedor le ofrezca un plan de pagos, primero debe intentar reducir el monto de la factura. Estas son algunas formas posibles de hacerlo.

Cómo puede intentar reducir el monto de la factura

Si la factura es de un hospital, este no puede cobrarle ningún servicio a menos que primero determine si usted es elegible o no para Medicaid o Charity Care, como se analizó anteriormente en la Sección 4 del Capítulo 2. Si no lo ha hecho y usted cree que podría ser elegible, puede insistir en que primero se tome esa determinación. Es posible que deba demostrar sus ingresos utilizando recibos de sueldo o información sobre beneficios gubernamentales, aunque los hospitales deben aceptar su certificación de ingresos mensuales si no es empleado o no puede suministrar ciertos documentos.

Es posible que no tenga que pagar ninguna parte de la factura del hospital. Aunque sus ingresos sean demasiado elevados para acceder a Medicaid o a Charity Care, podría tener derecho a recibir asistencia económica si sus ingresos familiares son inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza (FPL).² Y si sus ingresos familiares son inferiores al 500 % del FPL, obtendrá una tarifa con descuento, que equivale al 115 % de la tarifa que paga Medicare, que suele ser incluso inferior a la que negocian las compañías de seguro médico privadas. Para obtener más información sobre Charity Care, incluido un cuadro en el que se indican los niveles de ingresos para ser elegible, consulte la Sección 4 del Capítulo 2.

En cualquier caso, antes de pagar o aceptar un plan de pagos, asegúrese de que le estén ofreciendo algún tipo de asistencia económica a la que pueda tener derecho. Si cumple los requisitos para obtener una tarifa reducida, esa tarifa más baja debe aplicarse a cada parte de la factura del hospital, incluidos los servicios de cada médico que le trató allí, incluso si no son empleados del hospital. Es importante saber esto, ya que los médicos que prestan servicios en un hospital generalmente no aceptan Charity Care; sin embargo, en virtud de la ley de Nueva Jersey, si usted cumple los requisitos para acceder a Charity Care y recibió servicios en un hospital en una situación de emergencia o que no era de emergencia, los médicos que le hayan tratado en el hospital deben aceptar el reembolso en los niveles de Charity Care, y usted no pagará nada o solo un porcentaje.

Aunque no cumpla los requisitos para acceder a Charity Care o para recibir asistencia económica, no se limite a aceptar un plan de pagos que se base en el monto total. Puede seguir intentando reducir el monto de la factura preguntando al hospital o al proveedor de atención médica si aceptarían un monto más bajo. Los hospitales y médicos podrían estar dispuestos a ello porque preferirían no tener que acudir a cobradores de deudas o a demandas para cobrarle. Comience sugiriendo pagar la tarifa de Medicare por el servicio o procedimiento. Las tarifas de Medicare están disponibles en este sitio web³ con su herramienta de consulta del cuadro de tarifas del médico, pero podría ser difícil de acceder porque necesita el código del sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPCS) de cinco dígitos, también conocido como código de terminología actualizada de procedimientos médicos (CPT), para el servicio o procedimiento en particular. Los médicos utilizan esos códigos para facturar a las compañías de seguros y solicitar aprobación previa para los servicios y procedimientos médicos para que usted pueda intentar obtener los códigos HCPCS/CPT del proveedor o la compañía de seguros.

Si no puede determinar la tarifa de Medicare porque no tiene los códigos HCPCS/CPT, por regla general se considera que es aproximadamente el 20 % de la tarifa total cobrada. Por lo tanto, debe ofrecer pagar el 20 % del monto facturado y dejar en claro que es porque eso es más o menos lo que paga Medicare. Si el proveedor se niega, no se rinda de inmediato; siga intentando negociar y, con suerte, podrá llegar a un monto menor que la factura original.

En el Apéndice encontrará una plantilla de una carta que puede escribirle al proveedor o al hospital para intentar negociar un plan de pagos.

Si tiene seguro, pero tiene un deducible o copago alto que cubrir, también puede intentar negociar una reducción antes de aceptar un plan de pagos. Sin embargo, como la compañía de seguros ya negoció una tarifa reducida y usted no tiene que hacerse cargo de la tarifa total cobrada, cualquier posible reducción sería mucho menor.

Esperamos que, tenga o no seguro, se reduzca el monto que debe pagar y el plan de pagos se base en ese monto más bajo. La ley exige que los planes de pagos mensuales sean de un importe que usted pueda afrontar razonablemente y, en general, se supone que los pagos se extienden de seis meses a cinco años, según sus ingresos y el monto de la deuda.



Límite en el monto del pago mensual

Como se indicó anteriormente, el pago mensual no puede exceder el 3 % de sus ingresos mensuales, pero solo si el proveedor o cobrador que intenta cobrar la deuda conocen esa información. Si se trata de un hospital, es posible que les haya informado los ingresos de su hogar para que puedan determinar si usted cumplía los requisitos para acceder a Charity Care o recibir asistencia económica. Pero recuerde que, a diferencia de Charity Care, que se basa en los ingresos del hogar, el plan de pagos se basará en los ingresos mensuales personales del paciente. Si no le ha dado al hospital o al proveedor la información pertinente y se le ofrece un plan de pagos que exige un pago mensual superior al 3 % de sus ingresos mensuales, puede argumentar que el plan no es "razonable" en virtud de la ley, pero en ese caso tendrá que facilitar su información financiera para que puedan calcular la cantidad que ES el 3 % de sus ingresos mensuales. **Antes de dar al hospital o al médico información sobre sus ingresos, debe asegurarse de que mantengan la confidencialidad de la información.**

En virtud de la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas, el plan de pagos debe realizarse por escrito e indicar el monto total adeudado, el pago mensual total, el cronograma de pagos y los intereses. Incluso después de que acepte el plan y comience a efectuar pagos, si hay un cambio considerable en sus finanzas, por ejemplo, si se queda sin trabajo o el reducen las horas, se pueden ajustar los pagos mensuales y la duración del plan.

Recuerde marcar la fecha de vencimiento del primer pago en su calendario para no olvidar enviar el pago a tiempo. Podrían cobrarse cargos por pagos atrasados, pero si el proveedor no recibe un pago, tiene que concederle un período de gracia de 60 días.

Sección 3: **Cómo objetar la precisión de la factura o apelar la denegación de los beneficios por parte de la aseguradora**

Es posible que no pueda aceptar el plan de pagos que le ofrece el centro o el proveedor de atención médica porque cree que la factura es inexacta, algo habitual en el caso de las facturas médicas. Primero debe comunicarse con el Departamento de Facturación del hospital o con el proveedor para intentar corregir el error, pero, si eso falla, deberá tomar otras medidas.

Si tiene seguro, aborde este problema con la compañía de seguros; llame al número de teléfono que aparece al dorso de la tarjeta y solicite al Departamento de Fraudes que dispute la factura. Si no recibió los servicios que se están facturando, si la factura duplica otra que ya pagó, si el proveedor ha codificado los servicios que usted recibió por encima de su valor (es decir, facturó algo más costoso) o usted recibió una factura fuera de la red cuando no decidió deliberadamente recibir tratamiento de un médico fuera de la red (es decir, una factura médica sorpresiva), debe informar estos problemas a su aseguradora. La aseguradora podrá comprender mejor la situación, confirmar si usted tiene razón y le aconsejará cómo proceder.

El Departamento de Banca y Seguros (DOBI) de Nueva Jersey es responsable de aplicar la Ley Sin Sorpresas en Nueva Jersey y de coordinar las quejas contra aseguradoras, hospitales y médicos en virtud de la propia ley estatal sobre servicios fuera de la red, por lo que allí es donde puede presentar una queja sobre una factura médica sorpresiva en virtud de la ley estatal y federal.

Puede presentar una queja ante el DOBI llamando al número general, 609-292-7272, o a su línea directa de atención al consumidor, 800-446-7467, que cuenta con personal de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. O bien, puede enviar por correo una queja por escrito a Consumer Inquiry and Response Center, P.O. Box 471, Trenton, NJ 08625-0471, o presentar una queja en línea.⁴

*Si tiene cobertura de un plan de atención médica administrada (ya sea HMO o PPO), el DOBI tiene una oficina dentro de los Servicios de Protección al Consumidor que gestiona las quejas de los consumidores con respecto a la cobertura y los pagos en virtud del plan. Si su queja tiene más que ver con la compañía de seguros que con el proveedor, **puede llamar al 888-393-1062, enviar un fax al 609-777-0508 o al 609-292-2431, o escribir a:***

**Office of Managed Care
Consumer Protection Services
Department of Banking and Insurance
PO Box 475
Trenton, NJ 08625-0475**

Encontrará información adicional sobre cómo presentar una denuncia aquí.⁵

Si usted es paciente de Medicare, puede llamar al 800-MEDICARE o al 800-633-4227 y encontrará ayuda disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto algunos feriados nacionales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048. Sin embargo, si el problema implica una denegación por parte de la aseguradora de la cobertura de los servicios que recibió, o cualquier parte de ellos, debe presentar una apelación ante la compañía de seguros. Este tipo de apelación, conocida como apelación interna, debe presentarse dentro de un plazo determinado después de recibir el aviso de la denegación de beneficios según el tipo de seguro que tenga, y cada aseguradora tiene su propio proceso. El proceso de apelación debe definirse claramente en el sitio web de la aseguradora y en su manual de beneficios. Para obtener más ayuda sobre cómo apelar, consulte la guía "A New Jersey Guide to Insurance Appeals (Guía de Nueva Jersey sobre apelaciones del seguro) de New Jersey Appleseed.⁶

Una vez que su aseguradora toma una decisión definitiva, el DOBI facilita una vía para apelar esa denegación de cobertura a través del Independent Health Care Appeals Program (Programa independiente de apelaciones de atención médica).⁷ Dicho programa ofrece revisiones externas independientes de las determinaciones adversas de beneficios, incluidas las denegaciones de servicios solicitados o el reembolso de servicios por no ser médicamente necesarios, por ser experimentales o estar en fase de investigación, o por ser estéticos. Su derecho a esta apelación es obligatorio según la Ley de Calidad de la Atención Médica (Health Care Quality Act) de Nueva Jersey, NJSA 26:2S-11 y NJSA 26:2S-12.⁸ La apelación tiene un costo de \$25, que no tiene que pagar si gana la apelación o si demuestra que recibe Medicaid NJ FamilyCare, asistencia general, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia por desempleo de Nueva Jersey o asistencia farmacéutica para personas mayores y con discapacidad (Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled, PAAD).

Tenga en cuenta que, si presenta una apelación ante su aseguradora y, luego, a través del Independent Health Care Appeals Program del estado, ni el proveedor de atención médica ni ningún cobrador podrán comunicarse con usted con respecto a esa deuda ni intentar cobrarla siempre que la apelación esté pendiente o en curso. Sin embargo, esto solo se aplica si están al tanto de la apelación, por lo que debe informarles al respecto, preferentemente antes de que comiencen las gestiones de cobro, pero en cualquier caso una vez que hayan empezado, y se les exigirá que se detengan hasta que se resuelva la apelación.

Si no tiene seguro y cree que le han enviado una factura que no debería tener que pagar, puede presentar una queja ante la División de Asuntos del Consumidor de la Oficina del Procurador General de Nueva Jersey⁹ o consultar a un abogado en una de las oficinas de Legal Services repartidas por todo el estado, como se indica en el Apéndice C. Cualquiera de estas dos opciones debería poder aconsejarle sobre cómo proceder (es decir, *sugerir un plan de acción*) una vez que comprendan sus circunstancias personales y los motivos para creer que no debería pagar.

Si se aprobó su acceso a Charity Care, a la asistencia económica o a una tarifa con descuento, y la factura no refleja esa aprobación, presente una queja ante el programa de asistencia para el pago de la atención hospitalaria de Nueva Jersey. Llámelos al (866) 588-5696, envíeles un correo electrónico a Charity.Care@doh.state.nj.us o escríbales a:

**NJ Department of Health, New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program
P.O. Box 360
Trenton, NJ 08625-0360**

Disputas de estimaciones de buena fe

Si la factura que quiere disputar es de \$400 o más que la estimación de buena fe que recibió anteriormente, proceda de la siguiente manera:

- Primero, comuníquese con el médico o el hospital para notificarles que le han enviado una factura de \$400 o más que la estimación de buena fe. Luego, pídeles que modifiquen la factura con el monto de la estimación de buena fe.
- Si el proveedor no reduce el importe de la factura, usted tiene derecho a usar el sistema federal de resolución de disputas entre pacientes y proveedores.¹⁰ Recuerde que solo puede disputar la factura de un médico si la factura de ese médico es de \$400 o más que la estimación que le dio. El derecho a disputar la factura según la estimación de buena fe se basa en cada proveedor y no puede basarse en que la factura total de todos los proveedores que le atendieron sumados sea de \$400 por encima de todas las estimaciones que recibió sumadas.
- Si decide disputar formalmente la factura utilizando el proceso de resolución de disputas anterior, debe presentarla dentro de los 120 días (alrededor de 4 meses) de la fecha de la primera factura médica. Debe presentar una copia de la factura y la estimación de buena fe de la que difiere la factura, y debe pagar un cargo de \$25 para disputar la factura. Si gana la disputa, este cargo se le devolverá como un crédito de \$25 en su factura médica.
- Puede iniciar formalmente una disputa en línea, por correo o fax.¹¹ Una vez que lo haga, habrá ingresado a lo que se denomina el período de “resolución de disputas entre pacientes y proveedores”. Conforme a la Ley Federal Sin Sorpresas, el médico o el hospital tienen prohibido enviar sus facturas médicas a agencias de cobro durante el período de resolución de disputas entre pacientes y proveedores. Esto se suma a la prohibición que acaba de promulgarse en Nueva Jersey de informar sobre deudas médicas a cualquier agencia de información crediticia en cualquier momento.
- Si ve que en su informe crediticio figuran facturas médicas de una resolución de disputas entre pacientes y proveedores en curso, presente una queja en línea¹² ante la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (Consumer Financial Protection Bureau, CFPB) o por teléfono al 855-411-2372, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto los feriados nacionales. Si es usuario de TTY, llame al número 855-729-2372.

En general, tanto si usted tiene seguro como si no y desea obtener más información sobre sus derechos para disputar una factura médica sorpresiva, puede hacerlo en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid¹³ o llamando al Centro de Ayuda de la Ley Sin Sorpresas al 800-985-3059. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los días de semana, y de 10:00 a. m. a 6:00 p. m. los fines de semana; además, la asistencia se ofrece en muchos idiomas, incluidos español, francés, inglés y ruso. También pueden proporcionar recursos en letra grande, braille y audio.

CONSIDERACIONES FINALES

¹ Puede encontrar la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas, Ley Pública 1997, Capítulo 172, NJSA 56:11-28 y siguientes, en https://pub.njleg.state.nj.us/Bills/2024/PL24/48_.PDF.

² El nivel federal de pobreza de 2025 para grupos familiares de varios tamaños se puede encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

³ El sitio web de Medicare, que le permite buscar el cuadro de tarifas del médico (Physician Fee Schedule, PFS) ingresando el código CPT o HCPCS del procedimiento específico es <https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search/overview>.

⁴ Puede presentar una queja en línea sobre una factura médica sorpresiva ante el Centro de Consultas y Respuestas al Consumidor del Departamento de Banca y Seguros (DOBI) de Nueva Jersey en <https://www.nj.gov/dobi/consumer.htm>.

⁵ Puede obtener más información sobre sus derechos con respecto a un plan de atención médica administrada y presentar una queja sobre uno de estos ante el Departamento de Banca y Seguros (DOBI) de Nueva Jersey en https://www.nj.gov/dobi/division_insurance/managedcare/mcfaqs.htm.

⁶ La guía de New Jersey Appleseed “A New Jersey Guide to Insurance Appeals: Understanding How to Contest Adverse Benefit Determinations in the State” se puede encontrar en <https://njappleseed.org/wp-content/uploads/2017/09/appleseed-appeals-guide.pdf>.

⁷ La página web del Departamento de Banca y Seguros (DOBI) de Nueva Jersey, que contiene información sobre el Independent Health Care Appeals Program, junto con un enlace para presentar dicha apelación externa de una denegación de cobertura de seguro, es https://www.nj.gov/dobi/division_insurance/managedcare/ihcp.htm.

⁸ Los NJSA 26:2S-11 y NJSA 26:2S-12, que forman parte de la Ley de Calidad de la Atención Médica de Nueva Jersey y conceden el derecho a una apelación independiente de las denegaciones de cobertura por parte de compañías de seguros médicos, se pueden encontrar en <https://law.justia.com/codes/new-jersey/title-26/section-26-2s-11/> y <https://law.justia.com/codes/new-jersey/title-26/section-26-2s-12/>.

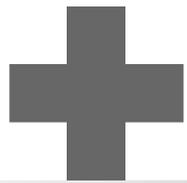
⁹ El sitio web de la División de Asuntos del Consumidor de la Oficina del Procurador General de Nueva Jersey, que incluye información sobre cómo presentar una denuncia, se puede encontrar en <https://www.njconsumeraffairs.gov/>.

¹⁰ El sitio web federal con información sobre la Ley Sin Sorpresas e información sobre cómo denunciar a un proveedor que infringe la ley es <https://www.cms.gov/medical-bill-rights>.

¹¹ Puede iniciar la resolución de disputas entre pacientes y proveedores en <https://nsa-idr.cms.gov/billdisputes/s/> y obtener más información sobre el proceso en <https://nsa-idr.cms.gov/billdisputes/s/> y en <https://www.cms.gov/medical-bill-rights/help/dispute-a-bill>.

¹² Si ve que en su informe crediticio figuran facturas médicas de una resolución de disputas entre pacientes y proveedores en curso, puede presentar una queja en línea ante la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor en <https://www.consumerfinance.gov/complaint/>.

¹³ Puede encontrar información sobre sus derechos para disputar una factura médica sorpresiva en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en <https://www.cms.gov/nosurprises>.



CAPÍTULO CUATRO:

CÓMO ENTENDER EL PROCESO DE COBRO

CAPÍTULO CUATRO: CÓMO ENTENDER EL PROCESO DE COBRO

Si no paga su factura médica una vez vencida y si no puede negociar un plan de pago razonable o impugna la exactitud de una factura médica, objeta la denegación de beneficios o el nivel de beneficios que paga su compañía de seguros, o simplemente no puede pagar la factura, el proveedor podría enviar la factura a un agente de cobros o vender su deuda a una empresa dedicada al cobro de deudas que intentará que usted pague y le demandará si no es capaz de hacerlo. Esto es lo que debe saber en el futuro.

Sección 1: Informes crediticios sobre deudas médicas

Como regla general, si no paga sus facturas, la falta de pago puede informarse a una agencia de información crediticia y perjudicar su puntaje de crédito. Las personas con un puntaje de crédito bajo pueden tener dificultades para alquilar un apartamento, comprar un automóvil o una casa, u obtener un préstamo. En algunos casos, un puntaje bajo incluso puede impedirle obtener un trabajo si el empleador hace una verificación crediticia antes de contratarle.

En 2023, las tres principales agencias de información crediticia, Equifax, TransUnion y Experian, eliminaron las deudas médicas inferiores a \$500 de los informes crediticios y, el 7 de enero de 2025, la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor finalizó una nueva norma federal por la que se prohíbe informar sobre deudas médicas de cualquier importe en los informes crediticios y se prohíbe a los prestamistas utilizar información médica a la hora de tomar decisiones sobre préstamos. A partir de la primavera de 2025, estaba previsto que la norma entrara en vigor el 15 de junio de 2025, pero su futuro es incierto porque se está impugnando en los tribunales y es probable que el gobierno de Trump no la defienda.

Nueva Jersey cuenta con su propia ley estatal, la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas,¹ promulgada en 2024, por la que se prohíbe informar sobre la mayoría de las deudas médicas. Existen algunas excepciones a la prohibición, principalmente en el caso de deudas médicas que se pagan con una tarjeta de crédito regular o con una tarjeta de crédito médica especial si esa tarjeta también se utiliza para pagar algo que no sea atención médica, como servicios veterinarios o de bienestar. Tenga en cuenta que, a diferencia de la norma federal, la ley de Nueva Jersey no prohíbe tener en cuenta la información médica, incluidas las deudas médicas, a la hora de tomar decisiones sobre préstamos, pero la prohibición de informar sí dificultará que los agentes de información estén al tanto de dicha información.

La ley de Nueva Jersey incluye medidas para hacer cumplir la ley e impedir que los cobradores de deudas infrinjan la prohibición e informen la deuda de todos modos o amenacen con informarla para presionarle a pagar; básicamente, elimina de los libros la deuda y su responsabilidad de pagar el monto informado. En términos legales, la deuda se anula automáticamente si se informa, lo que significa que no necesita pagarla. Si no se informó toda la deuda, solo la parte que se informó es nula. La ley también prevé un requisito de que los cobradores de deudas tengan que decirle que no informaron la deuda y que, si lo hicieron, la deuda ya no se puede cobrar.

Es importante que compruebe que no se haya denunciado su deuda para evitar pagar una deuda médica que ya no tiene obligación legal de pagar. Antes de pagar una deuda médica, debe comunicarse con al menos una de las tres principales agencias de crédito para asegurarse de que el informe no vaya en contra de la ley. Las agencias son Equifax (888-378-4329), Experian (888-397-3742) y TransUnion (800-916-8800).

Además de llamar, puede solicitar una copia gratuita de su informe crediticio en annualcreditreport.com² o llamando al 877-322-8228. Puede solicitar un informe gratuito de cada una de las tres principales agencias de crédito mencionadas anteriormente una vez al año.

Revise detenidamente su informe para corroborar que la información sea correcta. La deuda médica generalmente aparecerá en uno de dos lugares:

- Consulte la sección "Account Information" (Información de la cuenta) o "Collections" (Cobros) del informe.
- Consulte la sección la sección correspondiente a la deuda nueva.

Si en su informe crediticio aparecen deudas médicas pagadas o sin pagar, siga [estas instrucciones](#)³ para disputar cualquier error. [En el sitio web de la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor \(CFPB\)](#)⁴ también encontrará información detallada sobre cómo hacerlo, incluida la información de contacto de las diferentes compañías de información crediticia e indicaciones para presentar una queja ante la CFPB sobre un problema con un informe crediticio. En este enlace, encontrará instrucciones con plantillas de cartas para enviar al acreedor y a la agencia de información crediticia.

[También se puede presentar una queja](#)⁵ ante la División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey por las deudas médicas que se hayan informado infringiendo la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas, o por otras infracciones de esa ley, y el procurador general del estado puede imponer sanciones civiles y ordenar la devolución de cualquier dinero obtenido mediante dichas infracciones.

En otros sitios, además de los de las principales agencias de crédito, se puede consultar un informe crediticio, pero pueden cobrar, mostrarle anuncios o ser una auténtica estafa para [robarle su información personal](#).⁶
¡Tenga cuidado!

Sección 2: Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas

Si no paga su factura médica una vez vencida, el proveedor de atención médica le enviará facturas para intentar que usted pague, le enviará la deuda a una agencia de facturación que trabaje en su nombre o venderá la deuda a un cobrador externo que luego intentará que usted pague. Podrían llamarle, enviarle cartas, mensajes de texto o correos electrónicos e incluso amenazar con demandarle o informar la deuda a una agencia de información crediticia (que ahora es ilegal en Nueva Jersey). Si no paga la factura, no cumple un plan de pagos o no se resuelve alguna disputa, es probable que se inicie una demanda en su contra, asunto que se tratará más adelante, en la Sección 3 de este capítulo. En esta sección se aborda cómo afrontar el proceso de cobro de deudas, antes de que le demanden y podría ser de ayuda incluso para evitar una demanda.

Protecciones de la ley del estado de Nueva Jersey

La Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas⁷ creó tres nuevos requisitos con respecto a cuándo puede comenzar el cobro de la deuda médica. Todos ellos entran en vigencia en julio de 2025:

1. Las gestiones de cobro de una deuda médica no pueden comenzar hasta al menos 120 días después de que se haya enviado la primera factura. Entonces, si alguien intenta cobrarle una deuda médica antes de esa fecha, hágale saber que eso es ilegal. Probablemente vuelvan a intentarlo más adelante, pero así usted gana algo de tiempo.
2. Los cobradores no pueden comenzar a cobrar una deuda médica si saben que la compañía de seguros no ha resuelto la solicitud del paciente de cobertura de la atención médica. Además, si la aseguradora ha denegado la solicitud o ha pagado menos de lo que debía y el paciente está apelando la denegación o el monto de la cobertura, el cobro no puede iniciarse hasta que se resuelvan las apelaciones. Esto es así, aunque hayan transcurrido 120 días. La agencia de cobros debe esperar hasta que se resuelvan definitivamente todas las cuestiones relacionadas con el seguro.
3. Aunque hayan transcurrido 120 días, ni el proveedor médico ni un cobrador pueden intentar cobrar una deuda médica hasta que uno de ellos le haya ofrecido un "plan de pago razonable". Por lo tanto, si no se le ha ofrecido un plan de este tipo, infórmeles que deben dejar de llamarle o enviarle mensajes de texto hasta que se le ofrezca un plan. El plan debe ser "razonable" en cuanto al monto que tiene que pagar por mes, que no puede ser más del 3 % de sus ingresos mensuales, y al plazo en el que debe hacerlo, que puede ser de hasta cinco años. Si usted rechaza el plan, o si lo acepta y luego no efectúa los pagos, pueden volver a reclamarle el cobro. Si no efectuó los pagos de acuerdo con el plan de pagos, deberán concederle un período de gracia de al menos 60 días para el pago faltante.



Hay otra cosa importante que establece la ley Louisa Carman y que debe tener en cuenta cuando un cobrador de deudas se ponga en contacto con usted para cobrar una deuda médica. Conforme a la ley, que prohíbe la presentación de deudas médicas a las agencias de crédito, cualquier deuda médica que se informe en violación de la ley se anulará automáticamente, y usted ya no tendrá ninguna obligación de pagarla. Por lo tanto, consulte sus informes de crédito y, si figura una deuda médica por los servicios prestados después de la fecha en que la ley entró en vigencia (22 de julio de 2024), está exento y debe informarlo al cobrador de deudas.

Lo más importante que debe tener en cuenta cuando los cobradores le reclamen el pago es NO IGNORARLOS y esperar que el problema desaparezca. Los detalles de la deuda y las acciones de los cobradores son importantes y pueden influir en su respuesta, pero lo peor que puede hacer es no responder y dejar que la situación se agrave. La forma en que decida responder debe basarse en el conocimiento de sus derechos, si se le ha ofrecido un plan de pagos razonable, si cree que la factura es correcta, si está apelando una denegación de su solicitud por parte de la compañía de seguros y posiblemente otros factores según su situación particular.

Habiendo dicho esto, con respecto a las deudas (incluidas las deudas médicas) que tienen más de seis años y, por lo tanto, ya no son exigibles en los tribunales, la jurisprudencia de Nueva Jersey brinda protección especial. Si una deuda tiene más de seis años, los cobradores

de deudas aún pueden intentar cobrar dicha “deuda zombie”, pero ya no pueden demandarlo por ella. En muchos estados, si no en la mayoría, dicha deuda puede reactivarse si usted reconoce la validez al cobrador de deudas o bien la paga o acepta pagar incluso una pequeña parte, lo que se considera que reinicia el plazo de la prescripción. En Nueva Jersey, no funciona de esa manera gracias a una decisión judicial de 2016, en *Midland Funding LLC v. Thiel*, 446 N.J. Super. 537 (Div. de Apel. 2016). Allí, un tribunal de apelaciones sentó un precedente vinculante de que, una vez que el plazo de la prescripción de seis años comienza debido a un incumplimiento en el pago, ningún pago ni ninguna otra acción en cualquier momento inicia el plazo nuevamente. El tribunal también sostuvo que un cobrador de deudas que demanda por una deuda vencida ha violado la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, a menos que pueda demostrar que se trataba de un error de buena fe.

Protecciones de la ley federal

Una vez que los cobradores comienzan las gestiones de cobro, deben cumplir con una ley federal conocida como la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas (Fair Debt Collection Practices Act, FDCPA),⁸ mediante la que se prohíben las prácticas injustas, engañosas o abusivas por parte de cobradores, incluidos los abogados (a menos que los abogados estén intentando cobrar honorarios legales a sus propios clientes). También se ha promulgado una normativa federal relativa al cobro de deudas en un grupo de reglamentos denominado Reglamento F⁹ (que entró en vigor el 30 de noviembre de 2021).

La FDCPA protege a la persona que contrajo la deuda y, si esta persona falleció, se aplica a las gestiones para cobrar la deuda de su progenitor o cónyuge o de quien represente su patrimonio. En general, la ley tiene como objetivo proteger al “consumidor menos sofisticado”. Los tribunales consideran que esta norma es objetiva porque no presta atención a la situación concreta del deudor en cuestión y se limita a determinar si el hipotético consumidor menos sofisticado podría interpretar razonablemente que la declaración del cobrador es inexacta. Esta norma se utiliza en todos los tribunales federales y estatales de Nueva Jersey cuando un consumidor inicia una demanda o contrademanda por infracciones de la FDCPA.

La ley no cubre las deudas de las empresas, sino únicamente las deudas destinadas principalmente a fines personales, familiares y domésticos, como las deudas médicas, las de las tarjetas de crédito, los préstamos para automóviles, los pagos de hipotecas y los préstamos estudiantiles. Por lo general, tampoco se aplica a quienes pretenden cobrar sus propias deudas, como un hospital, un consultorio médico o un proveedor de atención médica individual, a menos que utilicen un nombre diferente para dar a entender que hay un tercero implicado. Esto se debe a que se supone que los propios proveedores de atención médica no suelen participar en prácticas injustas, engañosas y abusivas contra sus propios pacientes, a diferencia de las empresas o personas que compran deudas médicas o a las que se paga por cobrarlas, que sí suelen participar en esas prácticas y están amparadas por la ley.

Principales protecciones de la FDCPA

- Cada vez que se ponga en contacto con usted, ya sea de forma verbal o por escrito, el cobrador deberá indicarle por adelantado que la comunicación procede de un cobrador.

- La ley prohíbe que los cobradores se comuniquen con usted en momentos o lugares que saben, o deberían saber, que a usted no le resultan convenientes. Por lo general, no antes de las 8:00 a. m. ni después de las 9:00 p. m., y tampoco en el trabajo si no se le permite recibir comunicaciones personales allí. Si llaman y usted les informa que no es un buen momento, deben finalizar la llamada.
- Tampoco se les permite acosarle a usted ni a otra persona sobre su deuda con llamadas reiteradas u otras formas de contacto por mensaje de texto o correo electrónico. Deben tener su consentimiento para enviarle mensajes de texto o correos electrónicos y el consentimiento solo dura 60 días y debe renovarse después de eso. Los correos electrónicos y mensajes de texto deben contener un apartado claro que le permita optar por no recibirlos. Usted, como consumidor, tiene derecho a interrumpir tipos específicos de comunicaciones y puede optar por no recibir comunicaciones electrónicas.
- Los cobradores no pueden usar lenguaje obsceno ni vulgar. También tienen prohibido usar las redes sociales para hacer pública una deuda que usted tiene, aunque pueden usarla para comunicarse con usted de forma privada. No pueden hacer amenazas falsas de iniciar acciones legales.
- Si el cobrador sabe que usted tiene un abogado, debe dejar de contactarle y comunicarse con el abogado en su lugar, por lo que, si un cobrador se comunica con usted, dígame el nombre y la información de contacto de su abogado. Evite responderles directamente porque, si lo hace, podrán pasar por alto a su abogado a la hora de ponerse en contacto con usted.
- Los cobradores de deudas deben facilitar dos tipos de aviso a los consumidores en virtud de la FDCPA:
 1. El primero, que se menciona arriba, es que si le envían algún tipo de comunicación electrónica (mensaje de texto, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico que use una dirección específica), ese mensaje debe contener un apartado claro y visible que le indique que tiene derecho a optar por no ser contactado electrónicamente de esa manera y también debe describir un "método razonable y simple" para hacerlo.
 2. El segundo y más importante es un Aviso de validación de la deuda que debe enviarse junto con la comunicación inicial por parte del cobrador o dentro de los cinco días de ese primer contacto. Consta de cierta información clave sobre la deuda para que pueda determinar si es válida e incluye información sobre qué hacer si ese no es el caso. La información necesaria incluye el nombre del acreedor con el que se tiene la deuda; el nombre y la dirección del cobrador; el nombre y la dirección de la persona que contrajo la deuda (presumiblemente usted); los detalles de la deuda y el monto actual adeudado, junto con el detalle de los cargos por intereses, tasas, pagos y créditos. Puede consultar la lista completa [aquí](#).¹⁰
- Tiene 30 días para disputar la deuda por escrito; además, en el aviso de validación debe indicarse la fecha límite para hacerlo y que, a menos que el deudor (usted) se ponga en contacto para disputar la deuda o parte de ella en ese plazo, la deuda se considerará válida. También se le debe informar que, si disputa la deuda dentro de los 30 días, el cobrador obtendrá lo que se denomina una "verificación de la deuda" o, si ya ha acudido a los tribunales y ha resultado ganador, una copia de la sentencia judicial. Se le enviará por correo una copia de la verificación o de la sentencia. En el aviso también debe indicarse que, si solicita el nombre del acreedor original (que, en el caso de una deuda médica, sería

el nombre del hospital, médico u otro proveedor), deben darle el nombre y la dirección. El Apéndice D-5 de este manual contiene una carta de formulario para solicitar información de validación de deuda a un cobrador de deudas.

- También se debe incluir una declaración en la que se le informe que puede obtener más información sobre las protecciones existentes contra los cobradores de deudas en el sitio web de la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor.¹¹

Los cobradores no pueden intentar cobrar la deuda antes de facilitarle la información anterior. Una vez que lo hayan hecho, tiene 30 días para disputar la deuda por escrito, de lo contrario, se considera válida. Disputar la deuda es importante no solo porque preserva su capacidad de cuestionar su validez, sino también porque puede hacer que resulte menos probable que el acreedor le demande, ya que demuestra que usted está dispuesto a defenderse, lo que hará que una demanda sea más larga y costosa. Lo mismo se aplica para contratar a un abogado, si puede hacerlo. Podría hacer que el cobrador decidiera que es demasiado difícil llevarle a juicio.

Debe revisar la información de la deuda cuidadosamente para asegurarse de que se trata de una deuda real, por los servicios de atención médica que realmente recibió, y que el monto es correcto, teniendo en cuenta todos los pagos que usted y su aseguradora efectuaron (al proveedor), y que no haya cargos agregados, duplicados o desconocidos. En el Apéndice de esta guía se incluye un formulario que puede usar para disputar la deuda durante la fase de cobro de deudas.

Conserve todos los documentos que le envió el cobrador y anote las fechas y horarios de las conversaciones que mantuvieron, además de notas de lo que se dijo, que podrían resultar útiles si se reúne con un abogado o termina en los tribunales.



Cómo presentar un reclamo ante la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor:

Si tiene problemas con un cobrador, lo que incluye el hecho de que el cobrador no le dé la información requerida, puede presentar una queja¹² ante la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (CFPB). El cobrador tiene dos semanas para responder a su queja antes de que se haga pública en la base de datos de la CFPB.

Presentar una queja ante la CFPB puede ayudar de dos maneras:

- Puede propiciar una resolución rápida. Las compañías de cobro no quieren que las quejas públicas consten en los expedientes gubernamentales, por lo que tienen un mayor incentivo para trabajar con usted para resolver su queja.
- Crea un registro del tipo de abuso y las compañías específicas con tendencia a actuar indebidamente. Esto ayuda al gobierno a saber cómo ayudar y proteger mejor a las personas contra estas prácticas y empresas.

Advertencia adicional

Tenga cuidado con las compañías que se dedican a “eliminar deudas” o “reducir deudas” que anuncian que pueden ayudarle a hacer frente a una deuda. Lo que ofrecen puede ser costoso, a menudo no funciona y, lo peor de todo, normalmente le impiden defenderse como es debido contra un proceso de cobro de deudas que se inicie en su contra, aunque su defensa sea válida.

Sección 3: **Cómo hacer frente a una demanda por una deuda médica**

En algún momento, es posible que reciba una notificación, ya sea en persona o por correo, de que le han demandado por una deuda médica. Lo que mencionamos sobre el proceso de cobro de deudas cobra más relevancia cuando se trata de una demanda: **NO LA IGNORE**. No desaparecerá por sí sola.

Comuníquese con un abogado para analizar sus opciones. En el Apéndice se incluye información sobre dónde puede encontrar uno para que le represente. Si le conviene defenderse en la demanda o aceptar una sentencia en rebeldía depende de varios factores: si tiene ingresos o activos que el acreedor probablemente intentará embargar si obtiene una sentencia judicial en su contra; si tiene una defensa válida frente a la demanda; si hay hechos controvertidos; o si lo mejor para usted es presentar una solicitud de quiebra, entre otras posibilidades. Solo un abogado con quien analice su situación particular podrá aconsejarle adecuadamente sobre cómo proceder. En este manual, solo podemos explicar lo que puede suceder si no responde y ayudarle a comprender el procedimiento si decide responder por iniciativa propia, es decir, sin abogado. Si no encuentra un abogado o no puede pagarle, debe consultar el [sitio web del tribunal](#),¹³ que tiene información destinada a ayudar a quienes no cuentan con representación legal.

Como se mencionó anteriormente en relación con la fase de cobro de la deuda, tener un abogado y defenderse disputando la deuda o, una vez que se presenta una demanda, defenderse contra ella, puede hacer que el acreedor piense que es demasiado problemático seguir persiguiéndole, hasta el punto de que no le demande en primer lugar o que retire la demanda. Esto es especialmente probable cuando no es el acreedor original, el proveedor de atención médica, quien presenta la demanda, sino un tercero comprador de deudas que probablemente pagó centavos por la compra de numerosas deudas, muchas de las cuales tienen documentación inexacta o incompleta, y que probablemente espera declarar muchas de esas deudas como incobrables.

Sentencias en rebeldía

Los compradores de deudas, más que los acreedores originales, cuentan con el hecho de que muchas de las personas a quienes demandan ignorarán el caso, lo que llevará al tribunal a dictar una sentencia en rebeldía en su contra sin que el comprador de deudas o el cobrador tengan que demostrar que la deuda es válida y que el monto solicitado es correcto. Si no responde para defenderse y se dicta una sentencia en rebeldía en su contra, probablemente será por un monto mayor que el de la deuda médica, ya que puede incluir costas judiciales, honorarios legales e intereses. Este incremento de los costos puede ocurrir incluso si la deuda no era realmente suya, si el importe era incorrecto o si la deuda era tan antigua que ya no tenían derecho legal a reclamarla.

Lea a continuación para obtener más información sobre cómo defenderse ante una demanda.

✚ Tribunales competentes en materia de cobro de deudas

Por lo general, las demandas por cobro de deudas se presentan ante los tribunales estatales, en una de las tres instancias judiciales en función del importe de la deuda que se reclame:

- Tribunal de demandas de menor cuantía (Small Claims Court) para montos de hasta \$5,000
- Sección civil especial (Special Civil Part) del tribunal para montos mayores, de hasta \$20,000
- Sección civil de la División de Derecho del Tribunal Superior (Superior Court, Civil Part, Law Division) para montos superiores a \$20,000



Las demandas por la mayoría de las deudas, incluidas las deudas médicas, tienen lugar en la sección civil especial de un tribunal, aunque algunas podrían presentarse en los otros tribunales. Este manual se centrará en la sección civil especial y contendrá información limitada sobre cómo responder a una denuncia presentada ante un tribunal de demandas de menor cuantía. Si recibe una denuncia que se presentó en la División de Derecho, lo que significa que la deuda es por más de \$20,000, consulte a un abogado. En el Apéndice se incluye información sobre dónde puede encontrar uno para que le represente.

✚ Cómo leer una demanda por el cobro de una deuda

Aunque las demandas presentadas ante la sección civil especial y el tribunal de demandas de menor cuantía tienen pequeñas diferencias, en general se ven muy parecidas y contienen información similar. Ambas tendrán la leyenda "Demanda" e indicarán en qué tribunal se interpuso la demanda en su contra y en qué condado se encuentra el tribunal. Es probable que ese sea el condado donde se encuentra quien le demanda, que podría no ser el condado donde usted vive.

Independientemente del tribunal en el que se haya presentado la demanda, es esencial leer detenida y completamente la demanda y cualquier otro documento relacionado con el caso que reciba. En la demanda se indicará el nombre y la dirección del "demandante", junto con su dirección de correo electrónico y número de teléfono, y deberá explicar por qué le están demandando y por cuánto dinero, lo que se conoce como la "demanda". A usted, la persona demandada, se le denomina "demandado", y la demanda también debe contener su información de contacto. El formulario de demanda del tribunal de demandas de menor cuantía tiene cuatro casillas para los principales tipos de demandas. La que debe marcarse es "Contrato", ya que no pagar una deuda médica se considera un incumplimiento del acuerdo asumido al comprometerse a pagar por los servicios médicos, independientemente de que se haya firmado o no una declaración en el hospital o consultorio al momento de recibir los servicios.

También recibirá un documento llamado "Citación", que contiene parte de la misma información, pero también la información de contacto del tribunal y del abogado del demandante. En las citaciones también se incluye información sobre el monto de dinero adicional que el demandante quiere obtener de usted, además del monto de la deuda, y al que tendrá derecho si gana el juicio, como los gastos de presentación y notificación de la demanda, los intereses y los honorarios pagados al abogado del demandante por demandarle.

Tanto la demanda como la citación contienen un “Número de expediente”, que debe utilizar en todas las comunicaciones con el tribunal y con el demandante o su abogado en relación con el caso, y también debe escribirlo en los cheques que envíe al tribunal para cubrir las tasas de presentación o de otro tipo.

Debe presentar una “contestación” ante la sección civil especial del tribunal dentro de los 35 días de la fecha en que se le enviaron los documentos. Esa fecha debe aparecer en la citación. En el Apéndice encontrará un formulario que puede usar para la contestación.

No es necesario que presente una contestación si el caso se encuentra en un tribunal de demandas de menor cuantía, solo preséntese en la fecha especificada.

El personal del tribunal solo puede brindar asesoramiento limitado con su caso si usted no tiene un abogado. Probablemente lo mejor que puede hacer es llamar al mediador del tribunal de su condado. Encontrará un directorio¹⁴ con la información de contacto de los mediadores en el sitio web del tribunal.

Tasas judiciales y exención de tasas

Para presentar una contestación en la sección civil especial del tribunal, hay que pagar una tarifa de \$30, salvo que solicite y le aprueben una exención de tasas, que está disponible si no puede cubrir ese costo. Para obtener una exención de tasas, deberá presentar un documento aparte solicitándola al mismo tiempo que presenta su contestación a la demanda por deudas médicas interpuesta en su contra. En la solicitud de exención de tasas se solicitará cierta información sobre sus ingresos y activos para que el tribunal pueda decidir si usted cumple los requisitos para obtener la exención. La documentación obligatoria incluye comprobantes de dos meses de fuentes de ingresos y seis meses de extractos bancarios. Puede encontrar más información sobre las exenciones de tasas,¹⁵ incluido el formulario que debe utilizar, en el sitio web del tribunal.

Tenga en cuenta que la tasa para presentar una contestación, al igual que otras tasas mencionadas en este manual, está sujeta a cambios, por lo que debe visitar el sitio web del tribunal para confirmar el monto actualizado de la tasa.

Cómo contestar una demanda

Para contestar la demanda presentada en la sección civil especial, puede utilizar el formulario de contestación y la certificación de servicio (un documento firmado mediante el que se confirma que efectivamente entregó el documento a la otra parte de la demanda) que se incluyen en el Apéndice o en el formulario de contestación similar pero más general que se puede encontrar en el sitio web del tribunal, junto con instrucciones sobre cómo contestar la demanda.¹⁶

Independientemente de la forma de contestación que utilice, complete cuidadosamente el formulario y asegúrese de que la información que facilita esté completa y sea precisa. En la primera página de la demanda habrá un número de expediente que debe incluir en la contestación y en cualquier otro documento que presente ante el tribunal y en cualquier comunicación sobre el

caso con el tribunal y el demandante. En el formulario de contestación que figura en el Apéndice, al igual que el que se encuentra en el sitio web del tribunal, se le pregunta si desea o no un juicio por jurado. Si lo hace, deberá pagar una tasa adicional de \$100 además de la tasa de \$30 por presentar la contestación, salvo que solicite y le aprueben una exención de tasas, como se explicó anteriormente. Los juicios por jurado no están disponibles en un tribunal de demandas de menor cuantía.

En el formulario de contestación que figura en el Apéndice, al igual que el que se encuentra en el sitio web del tribunal, se le pregunta si desea o no un juicio por jurado. Si lo hace, deberá pagar una tasa adicional de \$100 además de la tasa de \$30 por presentar la contestación, salvo que solicite y le aprueben una exención de tasas, como se explicó anteriormente. Los juicios por jurado no están disponibles en un tribunal de demandas de menor cuantía.

En la contestación, hay una sección de certificación (no debe confundirse con la certificación de servicio, que es un documento separado con un propósito diferente) que le exige que indique ciertos aspectos sobre la demanda: si hay otra demanda o arbitraje sobre la misma deuda o si está previsto uno y, en caso afirmativo, identificarlo; y si alguien más debe o no ser parte de la demanda y, en caso afirmativo, de quién se trata. En una demanda por una deuda médica, esto puede suponer que la compañía de seguro médico tenga que participar en el proceso si le demandan por una factura que usted cree que su aseguradora debería haber pagado o por la que debería haber pagado una parte mayor. Si este es el caso, debe indicarlo en el lugar correspondiente.

En la parte inferior de la contestación, puede marcar una casilla para solicitar que el demandante o acreedor le entregue una copia de todos los documentos a los que hacen referencia en la demanda en un plazo de cinco días. Le recomendamos que marque esa casilla en caso de no tener todos los documentos para poder entender y defenderse mejor de la demanda.

Otros dos puntos que debe certificar en la contestación son los siguientes: 1) que eliminó todos, o al menos todos excepto los últimos cuatro números, de la información de identificación personal confidencial (p. ej., números del seguro social, números de licencia de conducir, números de matrícula del vehículo, números de póliza de seguro, números de cuentas bancarias activas, números de tarjetas de crédito activas o información sobre la condición de militar de una persona); y 2) que entregó la contestación a todas las partes de la demanda. La entrega de la contestación implica que ha enviado al demandante una copia de su contestación por correo certificado Y ordinario. Sin embargo, si el demandante tiene abogado, solo debe enviar su contestación al abogado por correo postal. La certificación de servicio mencionada anteriormente indica que usted hizo una cosa o la otra.

La presentación de la contestación ante el tribunal se puede hacer en persona, por correo postal o por vía electrónica mediante el sistema de presentación de documentos judiciales por medios electrónicos (Judiciary Electronic Document Submission, JEDS) del tribunal,¹⁷ aunque primero debe crear una cuenta si desea enviar sus documentos por esta vía.

¡Que no se le pase la fecha límite para presentar la contestación! Si necesita más tiempo para presentar la demanda o para encontrar un abogado que le represente, puede solicitar una prórroga al abogado del demandante y, si acepta darle más tiempo, debe confirmar el acuerdo de la nueva fecha por escrito. Si se niega a darle una prórroga y usted tiene un motivo para el retraso, puede solicitar la prórroga al tribunal.

En su contestación, debe alegar cualquiera de las siguientes defensas que reflejen fielmente su situación marcando la casilla correspondiente en el formulario de contestación. Las casillas que pueden ser relevantes en el caso de una deuda médica incluyen las siguientes:

- la factura se pagó;
- el monto es incorrecto;
- la demanda o el monto son injustos (debe explicar el motivo);
- los bienes o servicios no se recibieron;
- fue víctima de robo de identidad (alguien obtuvo servicios médicos fingiendo ser usted);
- la deuda ya fue objeto de una demanda y el asunto se resolvió (debe explicar el motivo);
- es militar en servicio activo (hay que esperar a que este finalice);
- el plazo para presentar una demanda por la deuda ya ha transcurrido (que en Nueva Jersey es de seis años desde el momento en que se contrae la deuda); o
- la deuda se canceló en un procedimiento de quiebra (lo que se analizará a continuación).



Cómo preparar su defensa

Si bien no es necesario que presente una contestación ante un tribunal de demandas de menor cuantía, si alguna de estas defensas se aplica a su situación, tome nota de ellas y prepárese el día del tribunal para demostrarlas con pruebas documentales o mediante el testimonio de testigos, tanto el suyo propio o, posiblemente, el de otras personas. Si un testigo necesario no estuviera dispuesto a comparecer ante el tribunal para testificar a su favor, puede citarlo. Los formularios de comparecencia están disponibles en la oficina del secretario judicial.



Ley de Prescripción

La defensa que sostiene que es demasiado tarde para cobrar una deuda se basa en la Ley de Prescripción (Statute of Limitations) de Nueva Jersey, que concede seis años iniciar una demanda por cualquier tipo de deuda, incluidas las deudas médicas. Si pasaron más de seis años desde que se contrajo la deuda, el acreedor igualmente puede comunicarse con usted para intentar que usted la cancele, pero no puede obtener una sentencia judicial en su contra para reclamarle el dinero. Debe plantear esta defensa en su contestación y no puede esperar hasta que el juico para mencionarla.



Defensa de conciliación

La conciliación es otra posible defensa que, aunque no figura como opción en el formulario de contestación, suele estar disponible en una demanda por cobro de deudas. Puede recurrirse a esta defensa cuando existe una deuda en disputa y ambas partes acuerdan una resolución diferente que sustituye la deuda original, generalmente mediante el pago de un monto menor. Si efectúa ese pago o cumple cualquier obligación prevista en el acuerdo, el acreedor no puede demandarle por el monto original más elevado. Como ocurre con todas las defensas afirmativas, la carga de la prueba recae sobre la persona demandada. Es decir que debe convencer al tribunal de que llegó a un acuerdo con el acreedor para pagar un monto menor por una deuda en disputa y que cumplió con sus obligaciones en virtud del acuerdo. Por ejemplo, si pactó un plan de pagos razonable y efectuó todos los pagos, eso se consideraría una conciliación válida y sería una defensa sólida ante una demanda por los mismos gastos médicos.



Defensas específicas de la deuda médica

Existen otras defensas importantes que no figuran en el formulario de contestación del tribunal pero que SON específicas de las deudas médicas.

- Si su deuda médica se informó a una de las tres agencias de información crediticia, la deuda (si se contrajo después de julio de 2024) es nula y nadie puede cobrarle ese dinero. Debe revisar su informe crediticio y, si la deuda consta allí, debe plantearlo como una defensa afirmativa (lo que significa que usted tiene la carga de probarla) para asegurarse de que la prohibición de Nueva Jersey de informar sobre las deudas médicas a las agencias de información crediticia le proteja.
- Si ni el hospital, ni el médico, ni el proveedor de atención médica, ni el acreedor médico o la agencia de cobros le ofrecieron un plan de pago razonable, o si el plan que le ofrecieron no era razonable, debe plantearlo como una defensa. Los planes de pago razonables se analizan en el Capítulo 3.
- Si tiene Medicaid o NJ Family Care, los proveedores participantes no pueden facturarle nada, salvo algunas excepciones relacionadas principalmente con procedimientos estéticos y otros bienes y servicios que “no son necesarios desde el punto de vista médico para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, lesión o afección”, como se especifica en el [NJAC 10:49-5.5](#).¹⁸
- Si se contrajo la deuda por atención hospitalaria, la ley de Nueva Jersey no permite que los hospitales autorizados, y los médicos que prestan sus servicios en el hospital, les cobren a los pacientes con ingresos brutos familiares inferiores al 500 % del nivel federal de pobreza (FPL) más del 115 % de la tarifa de reembolso de Medicare por cualquier servicio. Si cumple los requisitos de ingresos, deberá determinar si el cargo fue superior al 115 % de la tarifa de Medicare. Esas tarifas se pueden consultar en el [sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#).¹⁹ Necesitará el código de facturación (código CPT/HCPCS) del procedimiento para buscar la tarifa. Si tiene seguro y recibió una Explicación de beneficios, que se explica en la sección 1 del Capítulo 3, debería tener el código. De lo contrario, solicite al Departamento de Facturación del hospital los códigos de facturación que se aplican a su factura. Tenga en cuenta que si se constata que le han cobrado de más, seguirá teniendo que pagar un cierto monto, pero al menos obtendrá una reducción del importe facturado.

- Si se contrajo la deuda por atención hospitalaria y se determinó que usted cumplía los requisitos para acceder al programa Charity Care, se puede afirmar que cualquier médico que haya prestado servicios médicos en el hospital debe aceptar dicho programa. Consulte la Sección 1 del Capítulo 2. Por lo tanto, si un médico que le atendió en el hospital le demanda, debe plantear como defensa afirmativa que se determinó que usted era elegible para el programa Charity Care y que solo es responsable de un porcentaje de la factura si sus ingresos se encuentran entre el 200 % y el 300 % del FPL. Si desea obtener más información sobre el programa Charity Care, consulte el Capítulo 2.
- Si se contrajo la deuda por atención hospitalaria y sus ingresos brutos familiares eran inferiores al 300 % del FPL en el momento en que recibió los servicios hospitalarios, es posible que haya tenido derecho a acceder al programa Charity Care si también superó la evaluación de activos. Si el hospital no le ofreció una solicitud para el programa Charity Care y usted no la presentó, pero usted cumplía los requisitos para acceder a él, el hospital, y podría decirse que cualquier médico que le haya atendido en el hospital, no podrá cobrarle. En consecuencia, tenga en cuenta que el hecho de que el hospital no le haya dado la oportunidad de presentar una solicitud para participar en el programa Charity Care es una defensa válida y debe hacerla valer.
- Si el demandante no es un proveedor de atención médica, sino un comprador de deudas, usted debe adoptar la postura de que ellos deben demostrar que, de hecho, son propietarios de la deuda y, por tanto, tienen derecho a demandarle por ella. Aun en el caso de que deba dinero por los servicios médicos, quienes le demanden deberán demostrar que usted les debe el dinero a ELLOS. Necesitarán documentación que demuestre que la deuda se les transfirió. Tenga en cuenta que no pueden simplemente demostrar que compraron una lista de cuentas o deudas de un proveedor de atención médica o de otra persona, pero sí deben demostrar específicamente que compraron SU cuenta y que la deuda por la que le están demandando está en esa lista. Si no pueden hacerlo, usted debería ganar el juicio.
- Si el cobrador ha infringido la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas (FDCPA), como se analizó anteriormente en este capítulo, puede plantear esa infracción como una contrademanda en su contestación a la demanda por el cobro de la deuda. Una contrademanda difiere de una defensa afirmativa (con la que se intenta desestimar la demanda del demandante contra usted demostrando que no tiene ninguna deuda) en que la contrademanda es una demanda nueva e independiente que usted presenta contra el demandante debido a sus acciones al intentar cobrar la deuda y, si usted gana la contrademanda, el tribunal puede concederle dinero a usted para sancionar al demandante. Aunque usted tenga la deuda y el tribunal determine que efectivamente le corresponde, el importe de la sentencia en su contra podría verse reducido por el monto que obtenga en una contrademanda exitosa conforme a la FDCPA. Incluso es posible que el demandante termine debiéndole dinero si el monto que obtiene por la contrademanda es mayor que la deuda que intentaba cobrarle. Tenga en cuenta que las contrademandas se presentan como parte de la contestación y, si su contestación contiene una contrademanda, la tasa judicial aumenta de \$30 a \$50 (si la contrademanda es por un monto inferior a \$5,000) o a \$75 (si el monto de la contrademanda es superior a \$5,000).²⁰

Derechos de los militares

Si es militar y está en servicio activo, una ley federal conocida como la Ley de Amparo Civil para Miembros del Servicio Militar (Servicemembers Civil Relief Act) le ofrece ciertas protecciones, que se aplica a los miembros del Ejército, la Marina, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines, la Guardia Nacional, la Guardia Costera, el Cuerpo de Oficiales Comisionados de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica y el Cuerpo Oficiales Comisionados del Servicio de Salud Pública que estén realizando actividades o se encuentren en servicio activo, lo que incluye el entrenamiento anual. La ley le permite detener temporalmente (el término legal es "suspender") una demanda en su contra durante al menos 90 días mientras esté en servicio activo si convence al tribunal de tres aspectos: 1) que tiene una defensa contra la demanda; 2) que no puede defenderse a menos que se presente personalmente ante el tribunal; y 3) que ha intentado comparecer ante el tribunal, pero no ha podido hacerlo.

Las protecciones de la ley no se aplican automáticamente. Debe presentar la solicitud por escrito mientras esté cumpliendo el servicio militar, o en un plazo de 90 días después de que finalizar o de quedar liberado del servicio militar, enviando al tribunal una carta u otra comunicación en la que explique sus obligaciones militares y la necesidad de una suspensión, así como la fecha a partir de la cual podrá comparecer. Debe incluir una carta de su comandante que respalde la necesidad de la suspensión.

Si se deniega la solicitud y usted no comparece ante el tribunal ni presenta los documentos necesarios, lo que deriva en una sentencia en rebeldía en su contra, no podrá utilizar la ley para militares a fin de que le ayuden a anular la sentencia en rebeldía en el proceso que se describe a continuación. Por otro lado, si se encuentra en servicio activo y no ha comparecido en la causa en su contra, el tribunal no podrá dictar una sentencia en rebeldía en su contra hasta que designe a un abogado para que le defienda.

Hay un sitio [web del Ejército de los EE. UU.](#)²¹ donde puede consultar los registros necesarios para demostrar su condición de militar.

También se puede encontrar más información sobre los derechos de los militares en los sitios web de [Legal Services of New Jersey](#),²² que cuenta con un proyecto de asistencia legal para veteranos y con la [Oficina para la Protección Financiera del Consumidor](#).²³

Qué más debe hacer:

Lleve un registro completo

Conserve todas las facturas o recibos que le permitan esclarecer si tiene una deuda, el importe de la deuda y los pagos que usted o la compañía de seguros hayan efectuado. También debe conservar las comunicaciones del cobrador y cualquier nota que haya tomado sobre las llamadas que recibió y lo que se dijo en ellas, así como cualquier otro formulario y papel que se relacione con su caso, incluido cualquier documento que presente o reciba del cobrador o del tribunal. Necesitará toda esta documentación si el caso va a juicio.



Contrate a un abogado

Contrate a un abogado si puede costearlo y si el importe de la deuda (más cualquier otro importe que reclamen en la demanda) es lo suficientemente elevado como para que le resulte rentable pagar los honorarios del abogado. El Colegio de Abogados de su condado debería poder recomendarle un abogado. Si no puede pagar un abogado, puede intentar obtener ayuda legal gratuita (también conocida como “pro bono”) si sus ingresos son lo suficientemente bajos para cumplir los requisitos. Una posible fuente de ayuda es Legal Services of New Jersey y también hay otros grupos que podrían ayudar en varios condados. En el Apéndice se incluyen nombres e información de contacto de algunas posibles fuentes de ayuda legal gratuita, incluidas las oficinas de Legal Services repartidas por todo el estado.



Pida ayuda al personal del tribunal

En caso de no contar con un abogado, el personal del tribunal solo podrá ofrecer una ayuda básica mínima. Por ejemplo, pueden decirle cómo funciona el tribunal y qué se necesita para su caso, entregarle formularios judiciales e indicarle cómo completarlos, así como brindarle información del expediente de su caso, pero no mucho más que eso. En el sitio web del tribunal hay una [lista](#)²⁴ de algunas cosas que el personal del tribunal puede y no puede hacer para ayudarle.

Su fuente de ayuda más probable es el [mediador](#)²⁵ del tribunal de su condado. Hay una [lista de los mediadores de cada condado](#)²⁶, junto con su información de contacto, disponible en el sitio web del tribunal.



Qué hacer antes de que comience el juicio (si su caso se presentó ante un tribunal de demandas de menor cuantía)

Si le demandan en un tribunal de demandas de menor cuantía, no es necesario que presente una contestación. En el momento en que reciba la demanda del caso, también recibirá una citación en la que se le indicará la fecha, la hora y el lugar del juicio. Si no puede asistir en esa fecha y a esa hora, debe llamar al número de teléfono que figura en la citación para solicitar una fecha diferente. Comparecer ante el tribunal de demandas de menor cuantía para defenderse supone poco o ningún inconveniente. Esto se debe a que el tribunal le ayudará a intentar resolver su caso por medio de una audiencia de conciliación antes de llevar a cabo el juicio. Según el sitio web del Tribunal de Nueva Jersey: “Un integrante del personal intentará ayudar al demandante y a la persona demandada a llegar a un acuerdo”.



Qué hacer antes de que comience el juicio (si su caso se presentó ante la sección civil especial de un tribunal)

Después de presentar su contestación ante la sección especial civil, pueden ocurrir dos situaciones: 1) la otra parte puede presentar una petición de “sentencia sumaria” (es decir, solicitar al tribunal que se pronuncie sobre el caso sin llegar a juicio, alegando que las pruebas son lo suficientemente contundentes e indiscutibles como para hacerlo); o 2) el tribunal le notificará una fecha de juicio. Si no puede presentarse en la fecha prevista por motivos que están fuera de su control, debe comunicarse con el demandante y solicitar su consentimiento

para reprogramarla. Luego, debe informar al tribunal sobre la respuesta del demandante y solicitar una nueva fecha. En el caso de que la otra parte presente una petición de sentencia sumaria, usted debe responder, como mínimo, con una certificación en la que niegue los hechos que el demandante o el acreedor dice que son irrefutables, pero con los que usted no está de acuerdo, y en la que exponga los hechos que usted considera relevantes y que la otra parte no ha mencionado. Si usted no responde ni crea una disputa sobre los hechos del caso, el juez fallará a favor del demandante o del acreedor y usted no podrá llegar a un juicio ni a la audiencia de conciliación dictada por el tribunal que suele anteceder a un juicio. Nuevamente, este puede ser un buen momento para intentar contratar a un abogado que pueda ayudarle a oponerse a la petición de sentencia sumaria.

Antes del juicio, en la sección civil especial, las partes tienen derecho a informarse recíprocamente sobre las denuncias y defensas del caso en un proceso conocido como "exhibición". El tipo de exhibición, si lo hubiera, que es más probable ver en una demanda para cobrar una deuda médica son los "interrogatorios"; es decir, una serie de preguntas relacionadas con el caso que deben responderse por escrito y enviarse al demandante (o viceversa) dentro de los 30 días. Si no contesta a los interrogatorios, el tribunal podría desestimar su contestación y usted tendría que presentar una petición y pagar una tasa judicial de \$25 para reanudarla o enfrentarse a la posibilidad de que se dicte una sentencia en rebeldía en su contra. Si usted presenta los interrogatorios al demandante y este no los contesta a tiempo, la demanda podría desestimarse, pero también podrían intentar reanudarla.

Otro posible tipo de exhibición del que debe estar al tanto se conoce como "solicitud de admisión", en la que la otra parte le envía a usted una solicitud para que admita la veracidad de ciertos "hechos" o la autenticidad de documentos específicos relacionados con el caso (que se adjuntarán a la solicitud). Si los hechos que afirman son verdaderos y los documentos son auténticos, debe presentar una respuesta a la solicitud de admisión reconociéndolo. Si, por otro lado, alguno de los hechos no es verdadero o uno o más documentos no son auténticos, debe indicarlo también en su respuesta. Tiene 30 días para responder, a menos que obtenga una prórroga de la misma manera que para responder a la demanda. Tenga en cuenta que, a pesar del plazo de 30 días para responder a una solicitud de admisión, usted no está obligado a presentar su respuesta antes de 45 días si le notifican la solicitud de admisión al mismo tiempo que la citación y la demanda, como sucede con frecuencia.

Si no puede admitir o negar lo anterior, debe responder y explicar por qué. No basta con decir que no tiene información o conocimientos suficientes. Primero debe realizar una "investigación razonable" sobre el asunto y, posteriormente, declarar que llevó a cabo dicha investigación, y que la información que conoce o que puede obtener no es suficiente para poder hacer una admisión o una negación.

Si no niega una declaración incorrecta de un hecho presunto o un documento dentro del plazo previsto, el tribunal puede considerar que esos hechos admitidos en el juicio y esos documentos son auténticos, aunque no lo sean. O bien, si usted no admite o disputa un hecho y el demandante aporta pruebas del hecho o documento en el juicio, existe una pequeña posibilidad de que el tribunal le obligue a pagarle el costo correspondiente. Por lo tanto, no dispute un documento si sabe que este es preciso.

En resumen, debe responder todas las preguntas de la solicitud de admisiones, responder antes de la fecha límite y negar todo aquello que se presente y no sea verdadero o que considere que podría no ser verdadero, así como admitir lo que sí lo es. Si no cumple con la fecha límite para responder, pídale al tribunal que le conceda más tiempo.

Solicitud de documentos al demandante

Obtener documentos de la otra parte también es importante durante la etapa de exhibición. Debe haber marcado la casilla del formulario de contestación solicitando todo lo que figura en la demanda, pero, si no lo hizo o se dio cuenta de que hay otros documentos que no se mencionan en la demanda y que necesita, puede solicitar al tribunal que obligue al demandante a proporcionárselos. Probablemente tendrá que presentar una “Solicitud de presentación de documentos” por escrito y el demandante tendrá que facilitar los documentos en un plazo de 30 días. A menudo, la información que recibe durante la exhibición puede ayudarle a superar una petición de sentencia sumaria.

El tribunal de demandas de menor cuantía no permite la exhibición de pruebas ni el intercambio de documentos. En su lugar, debe comparecer en el tribunal y prepararse para presentar pruebas y argumentos que respalden cualquier defensa que tenga en la demanda.

Asistencia para accesibilidad

Si tiene una discapacidad que podría dificultar su participación en procesos judiciales, por ejemplo, si necesita una silla de ruedas o tiene una discapacidad auditiva, debe comunicarse con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidad (Americans with Disability Act, ADA) del tribunal local²⁷ de antemano para obtener una adaptación de su discapacidad.

Asistencia para traducción de idiomas

Si no habla inglés, debe notificar al tribunal local lo antes posible para solicitar la presencia de un intérprete²⁸ cuando esté en un tribunal.

Reprogramación de una fecha para comparecer ante el tribunal

Al igual que sucede con otros plazos de la demanda, si no puede presentarse en la fecha de juicio programada, debe pedirle al demandante o al acreedor que acepte posponerlo y, en ese caso, debe dejarlo por escrito y comunicárselo al tribunal. Si no están de acuerdo, puede solicitar al tribunal que aplaze la fecha del juicio y es probable que se lo conceda si tiene una buena razón para ello.

Qué esperar el día del juicio

El día del juicio, antes de que empiece, un juez al que el tribunal haya asignado el caso en la sección civil especial pedirá a ambas partes que se reúnan con un mediador e intenten llegar a un acuerdo sobre el caso. También puede intentar resolver el caso antes de la fecha del juicio por su cuenta, o puede que el abogado del demandante se encuentre con usted en el pasillo de la sala el día del juicio e intente llegar a un acuerdo. Tenga en cuenta que el abogado solo está cuidando los intereses del demandante, no los suyos. Independientemente de lo que le diga el abogado, esa persona no está para ayudarle y puede estar aprovechándose injustamente de

usted o incluso tergiversándole los hechos. Tiene derecho a comparecer ante el juez para obligar al acreedor a someter el caso a juicio y para que usted presente las defensas o contrademandas que tenga.

Acuerdos de conciliación

Si decide llegar a un acuerdo de conciliación, intente negociar explicando las defensas o contrademandas que plantearía ante un juez. Asegúrese de que puede pagar los importes que acuerde en una conciliación. A veces es mejor acordar un pago único por adelantado si puede permitírsele, en lugar de un plan de pagos que tal vez no pueda afrontar en el futuro y que, en última instancia, le llevará nuevamente ante los tribunales si no paga.

Si el demandante acepta desestimar el caso o si usted llega a un acuerdo de conciliación con el abogado de la otra parte, debe acudir a un tribunal para comparecer y asegurarse de que el acreedor desestime el caso. Si existe un acuerdo de conciliación, el curso más seguro es presentar una copia del acuerdo de conciliación por escrito al secretario judicial para que la ingrese en el expediente judicial. Ningún acuerdo debe incluir una sentencia en su contra a menos que no tenga defensas y el acuerdo sea solo por una parte de la deuda. Un fallo en su contra es muy peligroso, ya que puede hacer que su cuenta bancaria se congele y que el monto adeudado se debite de ella muy rápidamente. Sus salarios también podrían embargarse si usted alcanza más de seis veces el nivel federal de pobreza o \$93,900 según lo que se explicó en la Sección 4 de este capítulo sobre la ejecución de sentencias.

Si no tiene un abogado que el represente, es posible que necesite ayuda para determinar si un acuerdo es justo y razonable. Nunca acepte nada que no comprenda o que considere injusto. Intente comunicarse con un abogado de Legal Services, al menos para analizar la pertinencia del acuerdo o coméntelo con un familiar o amigo.

El juicio

Si no logra conciliar el caso, irá a juicio, lo que dará lugar a un veredicto a su favor o en su contra. Los juicios en un tribunal de demandas de menor cuantía y en la sección civil especial de un tribunal no suelen demorar más de un día. Debe presentarse preparado con pruebas para defenderse de la demanda, como documentos y testigos, si los hubiera. El tribunal no permitirá que los testigos declaren por escrito; estos deben presentarse personalmente para testificar. También debe estar preparado para recusar las pruebas del demandante si no acreditan su demanda, por ejemplo, si no demuestran que realmente es el propietario de la deuda específica por la que le inició la demanda. Debe tener toda la documentación. Y si va a presentar una contrademanda por una infracción de la FDCPA, lleve la documentación que lo demuestre, incluidas las notas que haya tomado de las llamadas hostigadoras u otros métodos de cobro indebidos.

No tema mostrarse tajante, pero no ataque personalmente a nadie, ni a los abogados, ni a los testigos, ni al juez. Una muestra de enojo generalmente le hará más daño de lo que le ayudará.

Si puede, pídale a un amigo o familiar que le acompañe para que le brinde apoyo emocional, le haga comentarios, le ayude a llevar un registro de los documentos y le dé una segunda opinión si tiene que responder a una oferta de conciliación en el momento.

Los jueces están muy ocupados y usted no puede suponer que leyeron los documentos con anticipación, incluida su contestación. En el juicio, prepárese para explicar su postura de manera clara, concisa y organizada. Asegúrese de mencionar todas sus defensas y contrademandas.

Organícese

Es fácil ponerse nervioso en una sala ante la presencia de un juez, así que, antes del juicio, escriba una lista cronológica de los hechos y haga una lista de los puntos que quiere plantear y los documentos que quiere entregarle al juez (lleve los originales si los tiene, de lo contrario, bastará con una copia) y acuérdesse de llevar el informe y los documentos al tribunal con usted. Los jueces pueden ser impacientes si usted no está organizado.

Si pierde el juicio

Si pierde el juicio, el juez dictará una sentencia en su contra, en la que le pedirá que pague un monto determinado, que será mayor que la deuda sola porque también incluirá las costas judiciales y, posiblemente, los honorarios legales. También se cobrarán intereses sobre el monto total si no paga de inmediato. El tribunal determina la tasa de interés, pero a partir de julio de 2025, la ley estatal limita el interés a no más del 3 %.

Sección 4: Sus derechos tras una sentencia en su contra

Si al final se dicta una sentencia en su contra, significa que fue a juicio y perdió o que perdió sin haber ido a juicio por una petición de sentencia sumaria. En cualquier caso, puede presentar una "apelación" si cree que el tribunal se equivocó. También es posible que el tribunal haya dictado una sentencia en rebeldía en su contra porque no presentó una contestación, o sí lo hizo, pero quizá no se presentó al juicio o incumplió algún otro plazo y el demandante resultó vencedor por "incomparecencia", lo que equivale a una derrota en los deportes.

Si sabía que le estaban demandando y no defendió la demanda, por cualquier motivo, tal vez porque la denuncia era legítima y sintió que no podía defenderse, o bien la denuncia no era legítima, pero sintió que perdería de todos modos porque la otra parte tenía un abogado y usted no, o por algún otro motivo, realmente no hay nada que pueda hacer para anular la sentencia. Este es el motivo principal por el que no debe ignorar la demanda. Responder a una demanda

por una deuda médica, ya sea en el tribunal de demandas de menor cuantía o en la sección civil especial de un tribunal, ofrece la oportunidad de llegar a un acuerdo por un importe inferior al solicitado en la demanda, ya que el importe de una sentencia en su contra incluirá tasas e intereses adicionales.

Petición de anulación de una sentencia en rebeldía

Si la razón por la que no defendió la demanda ante el tribunal, ya sea en la sección civil especial o en la de demandas de menor cuantía, es que no estaba al tanto de su existencia, podría conseguir la anulación de la sentencia, especialmente si el demandante o el acreedor que le demandó no le notificó correctamente los documentos, tal vez los envió a una dirección antigua o no se aseguró de que los recibiera. Si esto es lo que sucedió, puede presentar una “Petición de anulación de la sentencia” en virtud del [Reglamento del Tribunal 4:50](#),²⁹ en la que se argumente que la sentencia en rebeldía es nula por falta de notificación adecuada de la demanda. Si se concede la petición de anulación, respecto de la sentencia, el caso no se desestimará, pero en esencia se otorgará una nueva oportunidad para ejercer una defensa sobre el fondo del litigio.

Debe presentar la petición de anulación dentro de un “plazo razonable”; por lo que debe actuar rápidamente una vez que tome conocimiento de la sentencia en rebeldía. Junto con la petición, tendrá que presentar una contestación a la demanda si el caso se tramitó en una sección civil especial del tribunal (además de pagar la tasa de presentación de \$30 por la contestación). Se cobra una tasa adicional de \$25 por presentar la petición, a menos que reúna los requisitos para la exención de tasas que se explica en la Sección 3 de este capítulo.

Si tiene preguntas sobre cómo presentar una petición de anulación, puede llamar al mediador de su condado, cuya información de contacto se puede encontrar en el [sitio web del tribunal](#).³⁰

También puede encontrar [más información sobre cómo presentar una petición en la sección civil especial](#)³¹ en el [sitio web del tribunal](#).

Además de la nulidad de la sentencia, existen otros motivos o fundamentos para presentar una petición de anulación, tal y como se establece en el [Reglamento del Tribunal 4:50-1](#),³² por ejemplo, error, falta de atención, error por sorpresa o negligencia justificable; nuevas pruebas obtenidas; y fraude o mala conducta de la otra parte.

Cómo apelar la sentencia

Si no tiene fundamentos para presentar una petición de anulación, pero no adeudaba el dinero o la sentencia era incorrecta, o bien si el tribunal rechaza su petición de anulación, puede [presentar una apelación ante la División de Apelaciones](#)³³ en la que les solicite que anulen o reviertan la sentencia en su contra. Puede apelar si el caso se presentó ante un tribunal de demandas de menor cuantía o en una sección civil especial de un tribunal. Tendrá que solicitar una transcripción de lo que ocurrió en el tribunal y pagarla. Tiene 45 días para presentar la apelación y, al mismo tiempo, también debe presentar una declaración informativa del caso y una copia de la solicitud de la transcripción. Las copias de todos esos documentos deben enviarse por correo al abogado del demandante o del acreedor cuya sentencia está apelando, o directamente al demandante o acreedor, en el caso poco probable de que no tenga un abogado. Las copias de estos documentos también deben enviarse por correo al juez que resolvió el caso.

Al presentar la solicitud de transcripción ante la Oficina de la sección civil especial del tribunal del condado donde se tramitó el caso, deberá también abonar al secretario del tribunal el costo estimado de la transcripción, que probablemente ascenderá a \$300, a menos que el juicio haya durado más de un día, en cuyo caso el costo será de \$300 por día. Una vez que reciba la transcripción, deberá presentar tres copias ante la División de Apelaciones.

La presentación de la apelación tiene un cargo de \$250, a menos que obtenga una exención de tasas como se indica en la Sección 3 de este capítulo. Dentro de los 30 días de la presentación de la apelación, debe abonar \$300 más al secretario de la División de Apelaciones a fin de cubrir las costas judiciales y la conciliación, aunque si gana la apelación, ese dinero se le devolverá.

Teniendo en cuenta los diversos costos de una apelación, que suman al menos \$800, antes de decidirse a presentar una apelación, debe considerar seriamente si le resulta rentable, basándose en el monto expuesto en su caso.



Ejecución de una sentencia contra sus bienes

Un demandante con una sentencia en su contra se conoce como “acreedor de la sentencia” y puede intentar cobrar esa sentencia de varias maneras. Puede obtener una orden que obligue a su empleador pagarle una parte del salario que le corresponde a usted (lo que se conoce como “embargo salarial”), embargar dinero de su cuenta bancaria o embargar otros bienes personales valiosos. También pueden embargar bienes como su casa, lo que puede hacer que sea más difícil venderla o pedir un préstamo.

Una vez obtenida la sentencia, el acreedor de la sentencia intentará averiguar qué activos tiene. Probablemente le notifiquen una “citación informativa”³⁴ en la que le preguntarán sobre sus cuentas de cheques y de ahorros, otros activos personales (que no sean inmuebles) que posee y el lugar donde trabaja. Usted tiene la obligación legal de suministrar esta información y debe hacerlo en un plazo de 14 días a partir del día en que se le entregó la citación o se enfrentará a sanciones judiciales. Si no responde dentro de ese plazo, el acreedor de la sentencia puede obtener una orden judicial que le permita solicitar la información directamente al banco, a su empleador o a terceros.

A partir de la información obtenida, el acreedor de la sentencia puede conseguir que el tribunal emita una “orden de ejecución”³⁵ de su cuenta bancaria, su salario u otros bienes como un automóvil u otros objetos de valor como joyas, embarcaciones, televisores, etc. A continuación, el alguacil puede hacer entrega de la orden de ejecución a su empleador, su banco o cualquier otra persona que pueda deberle dinero. Las órdenes de ejecución generalmente vencen después de dos años y, posteriormente, el acreedor de la sentencia puede solicitar una nueva utilizando los mismos procedimientos.

Tenga en cuenta que el acreedor no puede tocar ciertos tipos de ingresos, como los beneficios de la Seguridad Social, los beneficios sociales de asistencia general o asistencia temporal para familias necesitadas, los beneficios para veteranos y la indemnización por desempleo.

Embargo del salario

El embargo del salario se puede utilizar para obligar a su empleador a abonar una parte de su salario para pagar la sentencia de la deuda médica. No pueden quitarle todo su sueldo. Hay una escala móvil de cuánto dinero pueden embargar: Como regla general, si sus ingresos totales son inferiores a \$217.50 por semana y su salario neto es de \$154.50 o menos, está exento del embargo salarial. Si sus ingresos superan esos montos, son iguales o inferiores al 250 % del nivel federal de pobreza (FPL) para el tamaño de su familia, se puede embargar hasta el 10 % de sus ingresos. Si supera el 250 % del FPL, se puede embargar hasta el 25 % de sus salarios.

Sin embargo, la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas,³⁶ promulgada en julio de 2024, prevé más protección contra el embargo de salarios que se aplica únicamente a las deudas médicas. A partir de julio de 2025, su salario no puede embargarse para pagar una deuda médica en absoluto si gana menos de seis veces (600 % del) el FPL. Según los montos del FPL de 2025, eso significa que su salario no puede embargarse después de esa fecha si gana menos de \$93,900.

Este es un enlace al FPL de 2025.³⁷ Tenga en cuenta que el FPL se actualiza cada año a fines de enero según el Índice de Precios al Consumo, por lo que estos montos deberán actualizarse en enero de 2026 y cada enero posterior. Asegúrese de verificar el FPL más reciente.

El proceso de embargo del salario

Después de que el acreedor de la sentencia gane una sentencia en su contra y obtenga información sobre sus activos mediante una citación informativa, podrá solicitar al tribunal una orden de ejecución sobre sus salarios. Usted recibirá un documento llamado "Notice of Application for Wage Execution" (Aviso de solicitud de ejecución salarial)³⁸ y tendrá la oportunidad de oponerse a este. Los motivos de la objeción pueden ser diversos, por ejemplo, que no hay una sentencia en su contra sobre la cual basar el embargo, que su ingreso es inferior al 600 % del FPL o que su salario ya está embargado por otra persona en virtud de una sentencia diferente. Es una regla general de los tribunales de Nueva Jersey que solo se permita embargar su salario a un acreedor a la vez, de modo que, si otro acreedor ya lo está haciendo, nadie más puede hacerlo, y, si lo intentan, usted debe presentar una queja ante el tribunal al respecto. **NOTA: Existe una excepción a la regla de un embargo a la vez que permite hacer otro embargo al mismo tiempo con el fin de cobrar la manutención infantil.** Independientemente del motivo de su objeción, el documento que debe presentar es el denominado "Objection to Wage Garnishment" (Objeción al embargo salarial).³⁹ Al igual que con la contestación y cualquier otro documento que presente ante el tribunal, debe entregarlo a la otra parte (el acreedor de la sentencia) y también presentarle una "certificación de servicio" (un documento firmado en el que se confirme que efectivamente entregó el documento a la otra parte de la demanda), de acuerdo con el artículo 1:5-3 del Reglamento del Tribunal.

Posteriormente, el tribunal llevará a cabo una audiencia. Si usted no comparece (no se presenta) a la audiencia o si el tribunal no está de acuerdo con su objeción, emitirá una "orden de ejecución" que el alguacil entregará a su empleador. Las órdenes de ejecución de salarios pueden durar 20 años o hasta que la deuda se pague en su totalidad.

Si trabaja en el ejército, es posible que pueda suspender el embargo, especialmente si demuestra ante el tribunal que no participó en el caso debido a una misión militar o a un servicio militar esencial.

Si el cobrador intenta indebidamente embargar un salario por deudas médicas que se supone que deben estar protegidos (p. ej., todos sus salarios si usted cobra por debajo del 600 % del FPL), debe presentar una "objeción" ante el tribunal que indique que está infringiendo la ley. En el [sitio web del tribunal](#)⁴⁰ puede consultar cómo presentar una objeción y encontrará una hoja de trabajo que le ayudará a calcular si le están quitando demasiado. También puede [presentar una denuncia](#)⁴¹ ante la División de Asuntos del Consumidor de la Oficina del Procurador General.

Embargo de cuenta bancaria

Otra forma en que un acreedor de la sentencia podría intentar cobrar una sentencia es mediante un embargo bancario. Nuevamente, el acreedor obtiene la orden de ejecución del tribunal y hace que el alguacil entregue la orden al banco que usted identificó al responder la citación informativa. El alguacil notifica al banco y este congela su cuenta, lo que significa que usted no podrá acceder a esos fondos para pagar facturas ni retirar dinero en efectivo. Luego, el acreedor de la sentencia presenta una petición ante un tribunal en la que solicita que se entreguen los fondos para pagar la sentencia. Al igual que con los salarios, usted tendrá la oportunidad de objetar, en cuyo caso habrá una audiencia y, si usted no objeta o el juez no está de acuerdo con su objeción, el tribunal firmará la orden mediante la que permite que se le pague al acreedor con dinero de la cuenta. Según el tamaño de la deuda y el monto que tenga en la cuenta, es posible que todo el dinero vaya al acreedor y que a usted no le quede nada. La mayoría de los estados tienen leyes que protegen parte del dinero de una cuenta bancaria para que no se pueda quitar todo, pero Nueva Jersey no es uno de ellos.

Una orden de ejecución en una cuenta bancaria vence a los dos años y, si se sigue adeudando dinero, la orden puede renovarse.

El [sitio web del tribunal](#)⁴², que contiene información sobre cómo cobrar una sentencia embargando una cuenta bancaria u otros bienes personales, está destinado a acreedores, pero también tiene información útil para los deudores.

Otras formas de cobrar una sentencia (bienes personales)

Otros bienes que el acreedor de la sentencia puede intentar embargar para cobrar la deuda incluyen su automóvil (si está registrado a su nombre y si usted tiene participación en este), joyas, ropa, artículos domésticos (quizás obras de arte o dispositivos electrónicos valiosos) y equipos de oficina o deportivos, incluidas las embarcaciones. Tenga en cuenta que la ley le permite conservar hasta \$1,000 en ropa y bienes personales, y si sus posesiones personales tienen un valor inferior a \$1,000, no podrán embargarlas. Los elementos embargados podrán venderse en una subasta pública a fin de pagar la sentencia.

Otras formas de cobrar una sentencia (viviendas y otros bienes inmuebles)

El acreedor de la sentencia también puede solicitar permiso al tribunal para vender sus bienes inmuebles. Pero si la relación entre el valor de su vivienda y su deuda es muy alta, es poco probable que se conceda dicho permiso. En su lugar, es más probable que el acreedor de la sentencia registre la sentencia como un gravamen sobre su vivienda, lo que puede causarle problemas si intenta venderla o pedir un préstamo hipotecario.

Opción de quiebra

Si sus facturas médicas son cuantiosas y debe miles de dólares, una última opción podría ser declararse en quiebra. Para estudiar adecuadamente la opción de quiebra, debe consultar a un abogado. La siguiente información tiene como objetivo ayudarle a comprender el proceso y algunos aspectos básicos de la ley. No tiene como objetivo brindarle asesoramiento legal.

Esto es lo que sucede tan pronto como presenta una solicitud de quiebra. Comienza a regir una suspensión automática, que le protege de la mayoría de los acreedores, incluidos los que no han obtenido una sentencia en su contra. No pueden comunicarse con usted por la deuda, demandarle por ella ni intentar cobrar ninguna sentencia, de modo que tampoco pueden embargar sus bienes ni su salario ni ejecutar la hipoteca de su vivienda. Sin embargo, la suspensión no se aplica a la manutención infantil ni a la pensión alimenticia, y el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) puede retener las devoluciones de impuestos que pudieran corresponderle. Los acreedores también pueden solicitar al tribunal que levante o den por finalizada la suspensión.

Existen dos tipos de quiebras disponibles para particulares y parejas, y se explican en el Capítulo 7 y el Capítulo 13.

Según el Capítulo 7,⁴³ sus activos no exentos se venden y se utilizan para pagar sus deudas sin garantía (aquellas que no están respaldadas por una hipoteca o un gravamen), incluidas las deudas de tarjetas de crédito y las deudas médicas.

La ley de quiebras prevé la exención de los siguientes tipos y montos de su capital en diversos tipos de bienes, según se indica a continuación:

Hogar: <i>(se aplica a una casa, un condominio, una casa rodante u otra propiedad utilizada como residencia, pero no a bienes inmuebles de inversión)</i>	\$27,900
Automóvil:	\$4,450
Bienes domésticos: <i>(se aplica a bienes domésticos, muebles, electrodomésticos, ropa, libros, animales, cultivos e instrumentos musicales de hasta \$700 por artículo)</i>	\$14,875
Joyas:	\$1,875
Herramientas de trabajo:	\$1,800
Comodín: <i>(se aplica a cualquier propiedad de hasta \$1,475, más un máximo de \$13,950 del valor no utilizado de la exención por vivienda)</i>	\$1,475/\$13,950

Si presenta una solicitud conjunta de quiebra como pareja casada, estas exenciones se duplican. También están exentos, sin valor máximo, los dispositivos de asistencia médica indicados por un profesional y utilizados por el deudor o un dependiente, como una silla de ruedas o una máquina para la apnea del sueño.

Las deudas que no pueden pagarse se condonan, o se eliminan, con ciertas excepciones, como impuestos, préstamos estudiantiles, multas, pensión alimenticia, manutención infantil y deudas derivadas de fraude o actos malintencionados.

Antes de declararse en quiebra, tiene la obligación legal de obtener asesoramiento crediticio de un asesor de crédito certificado y autorizado. Por lo general, cuesta alrededor de \$50, pero el cargo podría eximirse o reducirse en función de su situación económica. El asesoramiento generalmente dura de 60 a 90 minutos y puede realizarse en persona, en línea o por teléfono. Está diseñado para ayudarle a comprender si la quiebra es la mejor opción y cómo administrar mejor sus finanzas. También es necesario informar al deudor antes de la condonación, que es como se denomina cuando el caso finaliza oficialmente. El tribunal federal de quiebras tiene un sitio web⁴⁴ donde puede buscar agencias de asesoramiento crediticio autorizadas.

El Capítulo 7 tiene por objeto ayudarle a empezar de cero, pero como la exención federal protege un patrimonio tan reducido, usted puede perder su casa. No puede proteger su vivienda de los cobradores de deudas si opta por no declararse en quiebra, ya que la ley del estado de Nueva Jersey no contempla ninguna exención de la propiedad que le proteja de los acreedores que podrían intentar apoderarse de su patrimonio inmobiliario.

Las exenciones federales en caso de quiebra para los bienes personales también son superiores a los \$1,000 que protege la ley estatal si usted no se declara en quiebra. Pero aun así puede perder su automóvil y otros bienes como casas vacacionales, cuentas de inversión y objetos de lujo. Además, el Capítulo 7 afecta considerablemente su puntaje de crédito y puede dificultar la obtención de préstamos durante mucho tiempo.

Si sus ingresos están por debajo de la mediana en su estado, se supone que cumple los requisitos para el Capítulo 7. Si está por encima de la mediana, se supone que el Capítulo 7 no es adecuado porque es solo para quienes realmente no pueden pagar sus deudas. Sin embargo, aún podrá cumplir los requisitos si supera una "prueba de capacidad económica";⁴⁵ mediante la que se compara sus ingresos medios de los últimos seis meses, anualizados (multiplicado por 12), con los ingresos medios de una familia del mismo tamaño en Nueva Jersey. La prueba de capacidad económica ayuda a una persona a reunir los requisitos para atenerse al Capítulo 7, que de otro modo no podría hacerlo en función de sus ingresos anuales, pero cuyos ingresos han disminuido recientemente.

Por otro lado, en virtud del Capítulo 13,⁴⁶ podrá conservar más activos, incluso si está atrasado en el pago de su hipoteca o tarjeta de crédito. Con esta opción, debe atenerse a un plan de pagos autorizado por el tribunal para saldar sus deudas en un plazo de tres a cinco años, en función de sus ingresos. Usted hace pagos mensuales a un administrador de la quiebra, que a su vez paga a sus acreedores. Durante ese tiempo, usted está protegido contra el embargo del salario. Solo las personas que trabajan y tienen un flujo de ingresos estable superior al ingreso familiar medio cumplen los requisitos para atenerse al Capítulo 13. El tribunal o un abogado le informarán si es elegible.

Según el Capítulo 13, la suspensión automática generalmente dura hasta que hayan transcurrido los tres a cinco años de su plan. Pero si ya se declaró en quiebra el año pasado, la estadía automática podría durar solo 30 días.

Tasas judiciales

Las tasas de declaración de quiebra⁴⁷ son de \$338 en lo que respecta al Capítulo 7 y de \$313 en lo que respecta al Capítulo 13.

Como se indicó anteriormente, se recomienda que antes de declararse en quiebra, contrate a un abogado para que le ayude. En el Apéndice podrá consultar información sobre cómo encontrar asistencia legal, incluida una posible asistencia legal gratuita si reúne los requisitos.

Sus opciones para reducir la deuda después de la sentencia son muy limitadas. Es por eso que debe intentar resolver sus deudas médicas antes de tener que comparecer ante un tribunal. Si esto no es posible, deberá intentar llegar a un acuerdo por la vía de la conciliación, que solo está a su disposición si comparece ante el tribunal de demandas de menor cuantía o después de haber presentado una contestación a la demanda presentada en su contra en la sección civil especial y de haber superado una petición de sentencia sumaria (que suele presentar el demandante si no hay ningún hecho controvertido).

CONSIDERACIONES FINALES

¹ Puede encontrar la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas, Ley Pública 2024, Capítulo 48, NJSA 56:11-56 y siguientes, en https://pub.njleg.state.nj.us/Bills/2024/PL24/48_.PDF.

² AnnualCreditReport.com es un sitio web en el que puede solicitar copias gratuitas en línea de su informe crediticio de las tres principales agencias de crédito (Equifax, Experian y TransUnion); puede encontrarlas en <https://www.annualcreditreport.com/index.action>.

³ Puede encontrar instrucciones sobre cómo eliminar deudas médicas de su informe crediticio en <https://pirg.org/articles/how-make-sure-your-credit-reports-dont-include-paid-medical-debt-0/>.

⁴ La página web de la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor con información sobre cómo disputar un error en su informe crediticio es <https://www.consumerfinance.gov/ask-cfpb/how-do-i-dispute-an-error-on-my-credit-report-en-314/>.

⁵ Las denuncias de infracciones de la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas se pueden presentar ante la División de Asuntos del Consumidor en <https://www.njconsumeraffairs.gov/Pages/Consumer-Complaints.aspx>.

⁶ Puede encontrar información sobre cómo protegerse contra el robo de identidad en <https://pirg.org/resources/protecting-yourself-identity-theft/>.

⁷ Puede encontrar la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas, Ley Pública 2024, Capítulo 48, NJSA 56:11-56 y siguientes, en https://pub.njleg.state.nj.us/Bills/2024/PL24/48_.PDF.

⁸ Puede encontrar la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas, título 15 del Código de los Estados Unidos, secciones 1692-1692(p), en <https://www.ftc.gov/legal-library/browse/rules/fair-debt-collection-practices-act-text>.

⁹ Puede encontrar la normativa F, título 12 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), parte 1006, que rigen la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas en <https://www.consumerfinance.gov/rules-policy/regulations/1006/>.

¹⁰ La lista de información que un cobrador debe proporcionar sobre una deuda que está intentando cobrarle a usted en el aviso de validación de la deuda que se exige conforme a la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas se puede encontrar en <https://www.consumerfinance.gov/ask-cfpb/what-information-does-a-debt-collector-have-to-give-me-about-the-debt-en-331/>.

¹¹ El sitio web de la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor con información sobre sus derechos en virtud de la FDCPA es <https://www.consumerfinance.gov/consumer-tools/debt-collection/>.

¹² El sitio web de la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor, donde puede presentar una queja sobre un cobrador, se puede encontrar en <https://www.consumerfinance.gov/complaint/>.

¹³ La página de ayuda pública general de los tribunales de Nueva Jersey es <https://www.njcourts.gov/public/get-help>.

- ¹⁴ Se puede encontrar un directorio de los mediadores de cada condado y su información de contacto en <https://www.njcourts.gov/public/directories/court-services/ombudsman>.
- ¹⁵ Puede encontrar información sobre las exenciones de tasas, incluido el formulario utilizado para solicitarlas, en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/11208_filingfeewaiver.pdf.
- ¹⁶ Los formularios de contestación y certificación de servicio se pueden encontrar en el sitio web del tribunal en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/10542_ans_cplt_spc.pdf?cb=b0145db2.
- ¹⁷ El sitio web del sistema de presentación de documentos judiciales por medios electrónicos (JEDS) es <https://www.njcourts.gov/self-help/jeds>.
- ¹⁸ El NJAC 10:49-5.5, en el que se especifica los servicios que Medicaid o NJ Family Care no cubren, se puede encontrar en <https://www.law.cornell.edu/regulations/new-jersey/N-J-A-C-10-49-5-5>.
- ¹⁹ La herramienta de búsqueda del cuadro de tarifas del médico (PFS) del sitio web de los CMS, donde puede buscar las tarifas de Medicare para los servicios si tiene los códigos HCPCS/CPT correspondientes, es <https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search/overview>.
- ²⁰ La página web del tribunal en la que se indican las tasas para presentar una contestación ante la sección civil especial del tribunal, ya sea con o sin una contrademanda, es <https://www.njcourts.gov/faq/what-fee-filing-answer-special-civil>.
- ²¹ El sitio web del Ejército de los EE. UU., donde puede obtener información sobre la Ley de Amparo Civil para Miembros del Servicio Militar y solicitar expedientes que pueda necesitar, es <https://scra.dmdc.osd.mil/scra/#/home>.
- ²² El sitio web de Legal Services of New Jersey (LSNJ), con información sobre los derechos de los miembros de las Fuerzas Armadas en servicio activo y sobre el proyecto de asistencia legal para veteranos de LSNJ, es <https://www.lsnjlaw.org/legal-topics/military-veterans/service-members-civil/pages/civil-relief-act.aspx>.
- ²³ El sitio web de la Oficina para la Protección Financiera del Consumidor (CFPB), que contiene información sobre la Ley de Amparo Civil para Miembros del Servicio Militar (SCRA), es <https://www.consumerfinance.gov/consumer-tools/educator-tools/servicemembers/the-servicemembers-civil-relief-act-scra/>.
- ²⁴ Puede consultar un sitio web del tribunal con una lista de lo que el personal del tribunal puede y no puede hacer para ayudarle si no tiene un abogado, junto con otra información útil sobre la sección civil especial, en <https://www.njcourts.gov/self-help/special-civil-court#toc-defending-yourself-in-a-suit>.

- ²⁵ Puede consultar un sitio web del tribunal con información sobre mediadores y cómo pueden ayudarle en <https://www.njcourts.gov/public/get-help/judiciary-ombudsman-program>.
- ²⁶ Se puede encontrar una lista de los mediadores de cada condado y su información de contacto en el sitio web del tribunal en <https://www.njcourts.gov/public/directories/court-services/ombudsman>.
- ²⁷ Se puede encontrar una lista de los coordinadores de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de cada condado en el sitio web del tribunal en <https://www.njcourts.gov/public/directories/court-services/ada-ll>.
- ²⁸ Puede consultar un sitio web del tribunal con información de contacto de los prestadores de servicios de interpretación en cada condado en <https://www.njcourts.gov/public/get-help/request-interpret>.
- ²⁹ Los Reglamentos del Tribunal, incluido el Reglamento del Tribunal 4:50, se pueden encontrar en <https://www.njcourts.gov/attorneys/rules-of-court>.
- ³⁰ Se puede encontrar una lista de los mediadores de cada condado y su información de contacto en el sitio web del tribunal en <https://www.njcourts.gov/public/directories/court-services/ombudsman>.
- ³¹ Puede encontrar información sobre cómo presentar una petición ante una sección civil especial (que también se aplica al tribunal de demandas de menor cuantía) en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/10543_motion_spccvl.pdf.
- ³² Los Reglamentos del Tribunal, incluido el Reglamento del Tribunal 4:50-1, se pueden encontrar en <https://www.njcourts.gov/attorneys/rules-of-court>.
- ³³ Puede encontrar información sobre las apelaciones en una sección civil especial (que también se aplica al tribunal de demandas de menor cuantía) en el sitio web de los tribunales <https://www.njcourts.gov/faq/can-i-appeal-special-civil-court>.
- ³⁴ Puede encontrar un formulario de una citación informativa judicial utilizado en la sección civil especial del tribunal en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/11840_infor_sub_written_quest.pdf.
- ³⁵ Puede consultar una página web del tribunal que contiene información sobre cómo obtener una orden de ejecución y un formulario de dicha orden, destinada a los demandantes o acreedores, pero que también puede aportar información a los deudores sobre qué esperar del proceso, en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/11711_complete_writ_execution.pdf.
- ³⁶ Puede encontrar la Ley Louisa Carman para la Reducción de Deudas Médicas, Ley Pública 2024, Capítulo 48, NJSA 56:11-56 y siguientes, en <https://pub.njleg.state.nj.us/Bills/2024/PL24/48.PDF>.
- ³⁷ El nivel federal de pobreza de 2025 se puede encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

³⁸ Puede encontrar un formulario judicial para presentar una solicitud de orden de ejecución en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/11236_notice_app_wage_exec.pdf.

³⁹ Puede consultar un sitio web del tribunal, con información sobre cómo oponerse al embargo salarial y con formularios que puede usar para oponerse, en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/12322_obj_wage_garnish.pdf.

⁴⁰ Puede consultar un sitio web del tribunal, con información sobre cómo oponerse al embargo salarial y con formularios que puede usar para oponerse, en https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/12322_obj_wage_garnish.pdf.

⁴¹ La página web de la División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey donde puede presentar una denuncia es <https://www.njconsumeraffairs.gov/Pages/Consumer-Complaints.aspx>.

⁴² Puede consultar un sitio web del tribunal con información sobre cómo cobrar una sentencia embargando una cuenta bancaria u otros bienes personales, que está destinado a acreedores, pero que contiene información útil para los deudores, en <https://www.njcourts.gov/self-help/collecting-money-civil>.

⁴³ Puede consultar un sitio web del tribunal federal de quiebras con información sobre el Capítulo 7 para deudores en <https://www.njb.uscourts.gov/content/chapter-7-debtor-assistance-resource-guide>.

⁴⁴ Puede consultar un sitio web del tribunal federal de quiebras donde puede buscar agencias de asesoramiento crediticio autorizadas en <https://www.justice.gov/ust/list-credit-counseling-agencies-approved-pursuant-11-usc-111>.

⁴⁵ Puede consultar un sitio web con información sobre la prueba de capacidad económica para la quiebra en <https://www.justice.gov/ust/means-testing>.

⁴⁶ Puede consultar un sitio web del tribunal federal de quiebras con información sobre el Capítulo 13 para deudores en <https://www.njb.uscourts.gov/content/chapter-13-debtor-assistance-resource-guide>.

⁴⁷ Las tasas judiciales para iniciar un procedimiento de quiebra se pueden encontrar en <https://www.njb.uscourts.gov/court-info/court-fees>.

Federally Qualified Health Care Centers (By County)

The following is a list of the Federally Qualified Health Centers (FQHCs) in New Jersey. FQHCs are community-based primary care centers that provide essential healthcare services to underserved populations, often with a sliding fee scale, and accept patients with or without insurance. The list includes several that are not technically FQHCs because they do not receive federal funds but provide health care services on the same terms and are thus included. It also includes several locations that offer dental services, a pharmacy and mobile services available from a van in certain counties on certain days, which are listed last for each county.

Listed separately below the main list are 19 school-based FQHCs, also known as SBHCs, which provide healthcare services directly in schools, offering primary, preventive, and sometimes specialized care to students.

We have done our best to insure that this list is accurate and complete but we ask you, if you find any errors, including an FQHC that we inadvertently omitted or one that is on the list but should not be, please let us know so that we can improve the list and keep it up to date.

Atlantic County

AtlantiCare Health Services—FQHC Covenant House
929 Atlantic Ave., Atlantic City, NJ 08401-7401, 609-572-8333

AtlantiCare Health Services—FQHC Internal Medicine Specialty Clinic
1401 Atlantic Ave., Suite 2600, Atlantic City, NJ 08401-7027, 609-441-2104

AtlantiCare Health Services—Wellness Center
1401 Atlantic Ave., Suite 1600, Atlantic City, NJ 08401-7001, 609-572-8220

AtlantiCare Health Services—FQHC Adult Medicine Behavioral Health Clinic
1401 Atlantic Ave., Suite 2100, Atlantic City, NJ 08401-7026, 609-441-2104

AtlantiCare Health Services—FQHC Internal Medicine Residency Teaching Clinic
1401 Atlantic Ave., Suite 2800, Atlantic City, NJ 08401-7001, 609-441-2104

AtlantiCare Health Services—FQHC Adult Medicine Clinic
1401 Atlantic Ave., Suite 2500, Atlantic City, NJ 08401-7027, 609-572-6055

AtlantiCare Health Services—FQHC Pediatric Clinic
7 S. Ohio Ave., Suite 3100, Atlantic City, NJ 08401-6711, 609-572-8686

AtlantiCare Health Services—FQHC Family Medicine Residency Clinic
7 S. Ohio Ave., Atlantic City, NJ 08401-6711, 609-572-8800

AtlantiCare Health Services—FQHC Dental Clinic
7 S. Ohio Ave., Atlantic City, NJ 08401-6711, 609-572-8666

AtlantiCare Health Services—FQHC Infectious Disease Clinic
1401 Atlantic Ave., Suite 2200, Atlantic City, NJ 08401-7001, 609-441-2104

AtlantiCare Health Services—FQHC Senior Care
1401 Atlantic Ave., Suite 1400, Atlantic City, NJ 08401-7031, 609-572-8333

AtlantiCare Health Services—FQHC Substance Use Disorder Clinic
1401 Atlantic Ave., Suite 2300, Atlantic City, NJ 08401-7026, 609-572-6055

Southern Jersey Family Medical Centers—Women and Children’s Health Pavilion
1125 Atlantic Ave., Atlantic City, NJ 08401-4806, 609-3480066

Southern Jersey Family Medical Centers—Atlantic City
1301 Atlantic Ave., Atlantic City, NJ 08401-7247, 609-572-0000

AtlantiCare Health Services—FQHC Primary Care and Infusion Center
2500 English Creek Ave., Suite 601, Egg Harbor Township, NJ 08234-5588, 609-833-9925

Southern Jersey Family Medical Centers—Southern Jersey at English Creek
3003 English Creek Ave., Suite C6, Egg Harbor, NJ 08234-4818, 609-567-0200

AtlantiCare Health Services—FQHC Galloway
54 W. Jimmie Leeds Rd. Suite 8, Galloway, NJ 08205-9438, 609-404-7300

Southern Jersey Family Medical Centers—Hammonton
860 S. White Horse Pike, Hammonton, NJ 08037-2018, 609-567-0434 x4215

Southern Jersey Family Medical Centers—Merle Pavilion
932 S. Main St., Pleasantville, NJ 08232-3646, 609-383-0880 x3315

AtlantiCare Health Services—FQHC John Brooks Recovery Center Medical Clinic (Addiction Treatment)
660 Black Horse Pike, Pleasantville, NJ 08232-2360, 609-833-4488

Southern Jersey Family Medical Centers—Mobile Medical Van Serving Atlantic County
Hammonton, NJ 08037-2018, 609-567-0434

Bergen County

North Hudson Community Action Corporation Health Center at Englewood
197 S. Van Brunt St., Englewood, NJ 07631-4010, 201-537-4442

North Hudson Community Action Corporation Health Center at Garfield
535 Midland Ave., Garfield, NJ 07026-1658, 973-340-1156

North Hudson Community Action Corporation Health Center at Hackensack
25 E. Salem St., Hackensack, NJ 07601-7427, 201-498-9080

Burlington County

Southern Jersey Family Medical Centers—Buttonwood

600 Pemberton-Browns Mills Rd., Pemberton, NJ 08068-1537, 609-894-1100 x4515

Southern Jersey Family Medical Centers—Burlington City Health Center

651 High St., Burlington, NJ 08016-2737, 609-386-0775 x7115

Southern Jersey Family Medical Centers—Mobile Medical Van—Dental

Serving Burlington County, Pemberton, NJ 08068-1537, 609-894-1100

Camden County

CAMcare—North Health Center

N. 6th St. & Erie St., Camden, NJ 08102, 856-757-9180

CAMcare—Gateway Health Center

817 Federal St., Camden, NJ 08103-1539, 856-541-3270

CAMcare—South Health Center

S. 8th St. & Carl Miller Blvd., Camden, NJ 08104, 856-541-4926

CAMcare—East Health Center

2610 Federal St., Camden, NJ 08105-1936, 856-635-0203

CAMcare—Odessa Paulk-Jones Health Center

801 Ferry Ave., Camden, NJ 08104-1824, 856-541-3270

CAMcare—Riverview

130 Mickle Blvd., Camden, NJ 08103-1025, 856-541-6359

Osborn Family Health Center

1601 Haddon Ave., Camden, NJ 08103-3109, 856-757-3700

Volunteers of America Liberty Street Facility

510 Liberty St., Camden, NJ 08104-1112, 856-968-2320

Project H.O.P.E. West Street Health Center

519 West St., Camden, NJ 08103-3522, 856-968-2320

Cathedral Kitchen Satellite Site

1514 Federal St., Camden, NJ 08105-1712, 856-968-2320

CAMcare—Generations Health Center

121 White Horse Pike, Clementon, NJ 08021-4158, 856-627-7701

Mobile Health Van

525 West St., Camden, NJ 08103-3522, 856-968-2320

Cape May County

CompleteCare Medical & Dental Professionals

3700 New Jersey Ave., Wildwood, NJ 08260-6154, 856-451-4700

Cumberland County

CompleteCare Adult & Specialty Medical Professionals

30 N. Pearl St., Bridgeton, NJ 08302-1947, 856-451-4700

CompleteCare Pediatric & Family Medical Professionals

265 Irving Ave., Bridgeton, NJ 08302-2121, 856-451-4700

CompleteCare Family Dental

351 Irving Ave., Bridgeton, NJ 08302-2265, 856-391-1124

CompleteCare Medical & Dental Professionals

530 High St. N., Millville, NJ 08332-3009, 856-451-4700

CompleteCare Women's Medical Professionals

484 S. Brewster Rd., South Vineland, NJ 08361-7874, 856-451-4700

RiteCare at Vineland ShopRite

1255 W. Landis Ave., Vineland, NJ 08360-3462, 856-451-4700

CompleteCare Vineland Health Campus

785 W. Sherman Ave., Vineland NJ 08360-6913, 856-451-4700

CompleteCare Mobile Medical Unit, Wellness on Wheels (WOW) Mobile Unit

785 W. Sherman Ave., Vineland, NJ 08360-6913, 856-451-4700

Essex County

East Orange Primary Care Center

444 William St., East Orange, NJ 07017-2213, 973-675-1900

Irvington Community Health Center

1150 Springfield Ave., Irvington, NJ 07111-2441, 973-483-1300

Ironbound Community Health Center, Hope & Esperanza Community Health Center

788 Mount Prospect Ave., Newark, NJ, 07104-3221, 908-514-1895

Newark Community Health Centers, Inc. dba Ironbound Medical and Dental Center

92 Ferry St., Newark, NJ 07105-1817, 973-483-1300

Ironbound Community Health Center, Outreach Site

255 Lafayette Street, Newark, NJ 07105-2125, 973-433-9773

Mary Eliza Mahoney Health Center
394 University Ave., Newark, NJ 07102-1221, 800-734-7083

Mary Eliza Mahoney Health Center
110 William St., Newark, NJ 07102-1304, 973-733-7600

Newark Community Health Centers, Inc.
101 Ludlow St., Newark, NJ 07114-1108, 973-565-0355

Newark Community Health Centers, Inc.
751 Broadway, Newark, NJ 07104-4309, 973-483-1300

Newark Community Health Centers, Inc.
741 Broadway, Newark, NJ 07104-4309, 973-483-1300

St. James Health, Inc.
228 Lafayette St., Newark, NJ 07105-1815, 973-789-8111

St. James Health, Inc. West
332 S. 8th St., Newark, NJ 07103-2173, 973-789-8111

St. James Health South Ward Wellness Center
491 Clinton Ave., Newark, NJ 07108-1839, 973-789-8111

Orange Community Health Center
37 N. Day St., Orange, NJ 07050-3608, 973-365-2611

Zufall Health Center West Orange
49 Mount Pleasant Ave., West Orange, NJ 07052-4901, 973-325-2266

Mary Eliza Mahoney Health Center Mobile Medical Unit
394 University Ave., Newark, NJ 07102-1221, 973-733-5300

Newark Community Health Centers—Mobile Unit
741 Broadway, Newark, NJ 07104-4309, 973-483-1300

Zufall Health Center—Highlands Health Van (Mobile Services—serving Essex and other counties)
973-328-3344

Gloucester County

CompleteCare Dental Professionals
335 Delsea Dr. N., Glassboro, NJ, 08028-1403, 856-451-4700

CAMcare—Paulsboro Health Center
1315 N. Delaware St., Paulsboro, NJ 08066-1367, 856-541-3270

CompleteCare Medical Professionals
717 Delsea Dr., Pitman, NJ 08071, 856-451-4700

Men & Family Health Professionals

711 Marsha Ave., Williamstown, NJ 08094-1017, 856-451-4700

CompleteCare Family Medicine Center

75 W. Red Bank Ave., Woodbury, NJ 08096-1694, 856-451-4700

Hudson County

North Hudson Community Action Corporation—Harrison Health Center

326 Harrison Ave., Harrison, NJ 07029-3059, 862-229-1160

Alliance Community Healthcare

115 Christopher Columbus Dr., Jersey City, NJ 07302-5526, 201-830-1620

Metropolitan Family Health Network

935 Garfield Ave., Jersey City, NJ 07304-2731, 201-478-5802

North Hudson Community Action Corporation Health Center at Jersey City

324 Palisade Ave., Jersey City, NJ 07307-1791, 201-459-8888

North Hudson Community Action Corporation at Secaucus

55 Meadowlands Pkwy., Secaucus, NJ 07094-2977, 201-210-0100

North Hudson Community Action Corporation Health Center at Union City

714 31st St., Union City, NJ 07087-2427, 201-863-7077

Metropolitan Family Health Network, Inc. at West New York

5300 Bergenline Ave., West New York, NJ 07093-5616, 201-478-5800

North Hudson Community Action Corporation Health Center at West New York

5301 Broadway, West New York, NJ 07093-2622, 201-866-9320

Hunterdon County

Zufall Healthy Smile Center Flemington

361 State Route 31 Bldg. C, Flemington, NJ 08822-5796, 973-328-9100

Zufall Health Center Highlands Health Van (Mobile Services)

973-328-3344

Mercer County

Henry J. Austin Health Center at All Access Mental Health

819 Alexander Rd., Princeton, NJ 08540-6303, 609-278-5900

Henry J. Austin Health Center—Warren
321 N. Warren St., Trenton, NJ 08618-4741, 609-278-5900

Henry J. Austin Health Center—Chambers
317 Chambers St., Trenton, NJ 08609-2603, 609-392-2635

Henry J. Austin Health Center—Ewing
112 Ewing St., Trenton, NJ 08609-1004, 609-278-5937

Henry J. Austin Health Center—Bellevue
433 Bellevue Ave., Trenton, NJ 08618-4514, 609-989-3599

Henry J. Austin Health Center at The Rescue Mission of Trenton
98 Carroll St., Trenton, NJ 08609-1008, 609-278-5900

Henry J. Austin Health Center at Oaks Integrated Care Inc.
314 E. State St., Trenton, NJ 08608-1810, 609-278-5900

Henry J. Austin Health Center at Catholic Charities, Diocese of Trenton
10 Southard St., Trenton, NJ 08609-1020, 609-278-5900

Henry J. Austin Health Center—Nottingham
1931 Nottingham Way Bldg. 1931, Trenton, NJ 08619-3554, 609-278-5900

Henry J. Austin Health Center—Mobile Health Unit
218 N. Broad St., Trenton, NJ 08608-1306, 609-278-5900

Middlesex County

Central Jersey Medical Center
1540 Roosevelt Ave., Carteret, NJ 07008-1330, 732-376-6650

Jewish Renaissance Foundation Community Health Center
1931 Oak Tree Rd., Edison, NJ 08820-2072, 732-482-9600

Rutgers RWJ Eric B. Chandler Health Center
277 George St., New Brunswick, NJ 08901-1476, 732-235-6700

Rutgers RWJ Eric B. Chandler Health Center
1000 Somerset St., New Brunswick, NJ 08901-3638, 732-235-7435

Rutgers RWJ Eric B. Chandler Health Center
123 Church St., New Brunswick, NJ 08901-2001, 732-235-2052

Central Jersey Medical Center
275 Hobart St., Perth Amboy, NJ 08861-3396, 732-376-9333

Zufall Health Plainsboro
1 Plainsboro Rd., Plainsboro, NJ 08536-1913, 609-853-7600

JRF Community Health Center—Mobile Unit
1931 Oak Tree Rd., Edison, NJ 08820-2072, 732-482-9600

Central Jersey Medical Center Mobile Van 2
275 Hobart St., Perth Amboy, NJ 08861-3396, 732-376-9333

Monmouth County

Community Health Center of Asbury Park
1301 Main St., Asbury Park, NJ 07712-5359, 732-774-6333

Freehold Family Health Center
597 Park Ave., Freehold, NJ 07728-2590, 732-294-2540

Ocean Health Initiatives—Freehold
20 Jackson St., Freehold, NJ 07728-2476, 732-363-6655

Keyport Primary Care Center
35 Broad St., Keyport, NJ 07735-1267, 732-888-4149

Monmouth Family Health Center
270 Broadway, Long Branch, NJ 07740-7027, 732-923-7145

Monmouth Family Health Center OB/GYN Women's Health Services
80 Pavilion Ave., Long Branch, NJ 07740-6413, 732-923-7145

Monmouth Family Health Center Dental Program
335 Broadway, Long Branch, NJ 07740-6901, 732-923-7145

Red Bank Community Health Center
66 Bridge Ave., Red Bank, NJ 07701-6410, 732-219-6620

Morris County

Goodale Pharmacy
16 N. Sussex St., Dover, NJ 07801-3958, 973-366-0976

Zufall Health Center
18 W. Blackwell St., Dover, NJ, 07801-3841, 973-328-9100

Zufall Health Center Dover Dental Center
17 S. Warren St., Dover, NJ, 07801-4506, 973- 328-3344

Zufall Health Center Morristown
4 Atno Ave., Morristown, NJ, 07960-3802, 973-267-0002

Zufall Health Center—Highlands Health Van (Mobile Services)
973-328-3344

Zufall Mobile Dental Van
17 S. Warren St., Dover, NJ 07801-4506, 973-328-3344

Ocean County

Ocean Health Initiatives
1610 Route 88, Brick, NJ 08724-3018, 732-363-6655

COMING SOON—CHEMED
275 S. Hope Chapel Rd., Jackson, NJ 08527-5050, 732-364-2144

Ocean Health Initiatives—Manchester
686 Route 70, Lakehurst, NJ 08733-2853, 732-363-6655

CHEMED Health Center
1771 Madison Ave., Lakewood, NJ 08701-1242, 732-364-2144

CHEMED Health Center—South Side
1171 River Ave., Lakewood, NJ 08701-5610, 732-364-6666

My Care
485 Locust St., Lakewood, NJ 08701-5896, 732-364-6666

Ocean Health Initiatives
101 2nd St., Lakewood, NJ 08701-3324, 732-363-6655

My Care—Westgate
108 Hillside Blvd., Lakewood, NJ 08701-3148, 732-364-2144

Ocean Health Initiatives at Stafford Township
333 Haywood Rd., Manahawkin, NJ 08050-2839, 609-489-0110

Ocean Health Initiatives—Toms River
10 Stockton Dr., Toms River, NJ 08755-6433, 732-363-6655

Ocean Health Initiatives--Little Egg
798 County Road 539, Tuckerton, NJ 08087-4202, 732-363-6655

Ocean Health Initiatives Mobile Medical Unit
101 2nd St., Lakewood, NJ 08701-3324, 732-363-6655

Passaic County

North Hudson Community Action Corporation at Passaic
220 Passaic St., Passaic, NJ 07055-6460, 201-210-0100

Paterson Community Health Center—Broadway Clinic
227 Broadway, Paterson, NJ 07501-2002, 973-278-2600

Paterson Community Health Center
32 Clinton St., Paterson, NJ 07522-1775, 973-790-6594

Salem County

Southern Jersey Family Medical Centers—Salem Health Center
238 E. Broadway, Salem, NJ 08079-1108, 856-935-7711 x6415

Somerset County

Zufall Health Center Bridgewater
500 N. Bridge St., Bridgewater, NJ 08807-2135, 973-328-3344

Zufall Health Center Somerville
71 4th St., Somerville, NJ 08876-3235, 908-526-2335

Zufall Health Center—Highlands Health Van (Mobile Services)
973.328.3344

Sussex County

Zufall Health Center Sussex
238 Spring St., Newton, NJ 07860-2115, 973-862-6650

Zufall Health Center—Highlands Health Van (Mobile Services)
973.328.3344

Union County

Neighborhood Health Center Elizabeth
184 1st St., #2, Elizabeth, NJ 07206-1855, 908-355-4459

Neighborhood Health Center Plainfield
1700 Myrtle Ave., Plainfield, NJ 07063-1000, 908-753-6401

Neighborhood Health Center—The Healthy Place
427 Darrow Ave., Plainfield, NJ 07060-2012, 908-731-4288

Neighborhood Health Center—Cardinal
950 Park Ave., Plainfield. NJ 07060-3002, 908-754-5840

Warren County

Zufall Health Center—Hackettstown

117 Seber Rd., Bldg. 5, Hackettstown, NJ 07840-1722, 908-452-5366

Star Community Health—Coventry

755 Memorial Pkwy, Suite 300, Phillipsburg, NJ, 908-847-3300

Zufall Health Center—Highlands Health Van (Mobile Services)

973-328-3344

SCHOOL—BASED FQHCs (SBHCs)

Atlantic County

AtlantiCare Health Services—FQHC at Atlantic City High School

1400 N Albany Ave., Atlantic City, NJ 08401-1208, 609-345-8336

Cumberland County

Kids' Corner at Broad St. School

251 W. Broad St., Bridgeton, NJ 08302-2315, 856-451-4700

Colt Connection at Cumberland Regional High School

65 Love Ln., Bridgeton, NJ 08302, 856-451-9400 x279

Teen Center at Bridgeton High School

111 Northwest Ave., Bridgeton, NJ 08302, 856-451-4700

Kids' Center at Downe Twp. Elementary School

220 Main Street (Route 553), Newport, NJ 08345, 856-451-4700

Hallways to Health at Vineland High School

3010 E. Chestnut Ave., Vineland, NJ 08361-6103, 856-451-4700

Essex County

Central Jersey Medical Center—Shabazz High School

80 Johnson Ave., Newark, NJ 07108-2729, 973-623-8592

Central Jersey Medical Center—Central High School

246 18th Ave., Newark, NJ 07108-2316, 973-679-7709

Central Jersey Medical Center—Quitman Street Community School
21 Quitman St., Newark, NJ 07103-4105, 973-824-2097

Central Jersey Medical Center—Thirteenth Avenue / Dr. MLK Elementary School
359 13th Ave., Newark, NJ 07103-2125, 973-679-7709

Central Jersey Medical Center—Park Elementary SBHC
120 Manchester Pl., Newark, NJ 07104-1704, 732-376-6659

Mary Eliza Mahoney Health Center at Speedway Avenue Elementary School
701 S. Orange Ave., Newark, NJ 07106-1300, 973-645-4970

Saint James Health East Side High School
69 Pulaski St., Newark, NJ 07105-2613, 973-789-8111

Hudson County

North Hudson Community Action Corporation Health Center at Union City High School
2500 Kennedy Blvd., Union City, NJ 07087-2295, 201-538-7888

Mercer County

Henry J. Austin Health Center at Gregory Elementary School
500 Rutherford Ave., Trenton, NJ 08618-4430, 609-656-4740

Henry J. Austin Health Center at PJ Hill Elementary School
1010 E. State St., Trenton, NJ 08609-1506, 609-656-4980

Ocean County

Ocean Health Initiatives—Clifton Avenue School Based Health Center
625 Clifton Ave., Lakewood, NJ 732-719-9015

Ocean Health Initiatives—SBHC at Lakewood High School
855 Somerset Ave., Lakewood, NJ 08701-2127, 732-363-6655

Somerset County

Zufall SBHC at Hillcrest—Hamilton Schools
500 Franklin Blvd., Somerset, NJ 08873-3030

APPENDIX B

Acute Care Hospitals in New Jersey (By County)

Atlantic

AtlantiCare Regional Medical Center—City Campus

1925 Pacific Avenue

Atlantic City, NJ 08401

(609) 441-8020

<https://www.atlanticare.org/locations/atlanticare-regional-medical-center-atlantic-city-campus>

AtlantiCare Regional Medical Center—Mainland Campus

65 Jimmie Leeds Road

Pomona, NJ 08240

(609) 652-3420

<https://www.atlanticare.org/locations/atlanticare-regional-medical-center-mainland-campus>

Shore Medical Center

100 Medical Center Way

Somers Point, NJ 08244

(609) 653-3500

<https://www.shoremedicalcenter.org/>

Bergen

Bergen New Bridge Medical Center

230 East Ridgewood Ave.

Paramus, NJ 07652

(201) 967-4000

<https://www.newbridgehealth.org/>

Englewood Hospital

350 Engle St.

Englewood, NJ 07631

(201) 894-3000

<https://www.Englewoodhealth.org>

Hackensack Meridian Health—Pascack Valley Medical Center

250 Old Hook Road

Westwood, NJ 07675

(201) 383-1035

<https://pascackmedicalcenter.com/>

Hackensack University Medical Center

30 Prospect Ave.

Hackensack, NJ 07601

(551) 996-2000

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/hackensack-university-medical-center>

Holy Name Medical Center

718 Teaneck Rd.

Teaneck, NJ 07666

(201) 833-3000

<https://www.holyname.org/>

Valley Hospital

4 Valley Health Plaza

Paramus, NJ 07652

(201) 447-8000

<https://www.valleyhealth.com/valley-hospital>

Burlington**Virtua Mount Holly Hospital**

175 Madison Ave.

Mount Holly, NJ 08060

(609) 267-0700

<https://www.virtua.org/locations/mount-holly-hospital>

Virtua West Jersey Hospital Marlton

90 Brick Road

Marlton, NJ 08053

(856) 355-6200

<https://www.virtua.org/locations/marlton-hospital>

Virtua Willingboro Hospital

218a Sunset Road

Willingboro, NJ 08046

(609) 835-2900

<https://www.virtua.org/locations/willingboro-hospital>

Camden

Cooper University Hospital

1 Cooper Plaza

Camden, NJ 08103

(856) 342-2000

<http://cooperhealth.org/>

Jefferson Cherry Hill Hospital

2201 Chapel Avenue West

Cherry Hill, NJ 08002

(856) 488-6802

<https://www.jeffersonhealth.org/locations/cherry-hill-hospital>

Jefferson Stratford Hospital

18 East Laurel Road

Stratford, NJ 08084

(856) 346-7802

<https://www.jeffersonhealth.org/locations/stratford-hospital>

Virtua Our Lady of Lourdes Hospital

1600 Haddon Avenue

Camden, NJ 08103

(856) 886-5373

<https://www.virtua.org/locations/our-lady-of-lourdes-hospital>

West Jersey Hospital (Virtua Voorhees Hospital)

100 Bowman Drive

Voorhees, NJ 08043

(856) 247-3000

<https://www.virtua.org/locations/voorhees-hospital>

Cape May

Cape Regional Medical Center (Cooper University Hospital Cape Regional)

Two Stone Harbor Blvd.

Cape May Court House, NJ 08210

(609) 463-2000

<https://www.cooperhealthcape.org/>

Cumberland

Inspira Medical Center Vineland

1505 W. Sherman Ave.

Vineland, NJ 08360

(856) 641-8000

<https://www.inspirahealthnetwork.org/locations/inspira-medical-center-vineland>

Essex

CareWell Health Medical Center

300 Central Ave.

East Orange, NJ 07018

(973) 672-8400

<https://carewellhealth.org/>

Clara Maass Medical Center

One Clara Maass Drive

Belleville, NJ 07109

(973) 450-2000

<https://www.rwjbh.org/clara-maass-medical-center/>

Cooperman Barnabas Medical Center

94 Old Short Hills Road

Livingston, NJ 07039

(973) 322-5000

<https://www.rwjbh.org/cooperman-barnabas-medical-center/>

Hackensack Meridian Mountainside Medical Center

1 Bay Avenue

Montclair, NJ 07042

(973) 429-6000

<https://mountainsidemedicalcenter.com/>

Newark Beth Israel Medical Center

201 Lyons Ave.

Newark, NJ 07112

(973) 926-7850

<https://www.rwjbh.org/newark-beth-israel-medical-center/>

Saint Michael's Medical Center

111 Central Avenue
Newark, NJ 07102
(973) 877-5350
<https://smmcnj.com/>

University Hospital

150 Bergen St.
Newark, NJ 07103
(973) 972-5658
<https://www.uhnj.org/>

Gloucester

Inspira Medical Center Mullica Hill

700 Mullica Hill Rd.
Mullica Hill, NJ 08062
(856) 508-1000
<https://www.inspirahealthnetwork.org/locations/inspira-medical-center-mullica-hill>

Jefferson Washington Township Hospital

435 Hurffville Cross Keys Road
Turnersville, NJ 08012
(856) 582-2500
<https://www.jeffersonhealth.org/locations/washington-township-hospital>

Hudson

CarePoint Health—Bayonne Medical Center

29 East 29th St.
Bayonne, NJ 07002
(201) 858-5000
<https://carepointhealth.org/locations-directions/bayonne-medical-center/>

CarePoint Health—Christ Hospital

176 Palisade Ave.
Jersey City, NJ 07306
(201) 795-8200
<https://carepointhealth.org/locations-directions/christ-hospital/>

CarePoint Health—Hoboken University Medical Center

308 Willow Ave.

Hoboken, NJ 07030

(201) 418-1000

<https://carepointhealth.org/locations-directions/hoboken-university-medical-center/>

Hudson Regional Hospital

55 Meadowlands Pkwy.

Secaucus, NJ 07094

(201) 392-3200

<https://www.hudsonregionalhospital.com/>

Jersey City Medical Center

355 Grand Street

Jersey City, NJ 07302

(201) 915-2000

<https://www.rwjbh.org/jersey-city-medical-center/>

Palisades Medical Center

7600 River Rd.

North Bergen, NJ 07047

(201) 854-5004

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/palisades-medical-center>

Hunterdon

Hunterdon Medical Center

2100 Wescott Drive

Flemington, NJ 08822

(908) 788-6100

<https://www.hunterdonhealth.org/locations/hunterdon-medical-center>

Mercer

Capital Health Medical Center—Hopewell

One Capital Way

Pennington, NJ 08534

(609) 303-4000

<https://www.capitalhealth.org/our-locations/hopewell>

Capital Health Regional Medical Center

750 Brunswick Ave.

Trenton, NJ 08638

(609) 394-6000

<https://www.capitalhealth.org/our-locations/regional-medical-center>

Robert Wood Johnson University Hospital—Hamilton

One Hamilton Health Place

Hamilton, NJ 08690

(609) 586-7900

<https://www.rwjbh.org/rwj-university-hospital-hamilton/>

Middlesex

Hackensack Meridian Health—JFK University Medical Center

65 James Street

Edison, NJ 08820

(732) 321-7000

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/jfk-university-medical-center>

Hackensack Meridian Health—Old Bridge Medical Center

One Hospital Plaza

Old Bridge, NJ 08857

(732) 360-1000

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/old-bridge-medical-center>

Penn Medicine Princeton Medical Center

One Plainsboro Road

Plainsboro, NJ 08536

(609) 853-6500

<https://www.princetonhcs.org/our-locations/pmc>

Hackensack Meridian Health—Raritan Bay Medical Center

530 New Brunswick Ave.

Perth Amboy, NJ 08861

(732) 324-5000

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/raritan-bay-medical-center>

Robert Wood Johnson University Hospital

One Robert Wood Johnson Place

New Brunswick, NJ 08901

(732) 828-3000

<https://www.rwjbh.org/rwj-university-hospital-new-brunswick/>

Saint Peter's University Hospital

254 Easton Ave.

New Brunswick, NJ 08901

(732) 745-8600

<https://www.saintpetershcs.com/>

Monmouth

Hackensack Meridian Health—Bayshore Medical Center

727 N Beers St.

Holmdel, NJ 07733

(732) 739-5900

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/bayshore-medical-center>

CentraState Medical Center

901 West Main Street

Freehold, NJ 07728

(732) 294-7012

<https://www.centrastate.com/>

Hackensack Meridian Health—Jersey Shore University Medical Center

1945 State Route 33

Neptune, NJ 07753

(732) 775-5500

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/jersey-shore-university-medical-center>

RWJ Barnabas Health—Monmouth Medical Center

300 Second Avenue

Long Branch, NJ 07740

(732) 222-5200

<https://www.rwjbh.org/monmouth-medical-center/>

Hackensack Meridian Health—Riverview Medical Center

One Riverview Plaza

Red Bank, NJ 07701

(732) 741-2700

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/riverview-medical-center>

Morris

Atlantic Health System—Chilton Medical Center

97 West Parkway

Pompton Plains, NJ 07444

(973) 831-5000

<https://www.atlantichealth.org/locations/chilton-medical-center>

Atlantic Health System—Morristown Medical Center

100 Madison Ave.

Morristown, NJ 07960

(973) 971-5000

<https://www.atlantichealth.org/locations/morristown-medical-center>

Saint Clare's Hospital—Denville

25 Pocono Road

Denville, NJ 07834

(973) 983-5569

<https://saintclares.com/locations/saint-clares-denville-hospital/>

Saint Claire's Hospital—Dover

400 West Blackwell Street

Dover, NJ 07801

(973) 989-3424

<https://saintclares.com/locations/saint-clares-dover-hospital/>

Ocean

RWJ Barnabas Health—Community Medical Center

99 Rt. 37 West

Toms River, NJ 08755

(732) 557-8000

<https://www.rwjbh.org/community-medical-center/>

RWJ Barnabas Health—Monmouth Medical Center –Southern Campus

600 River Ave.

Lakewood, NJ 08701

(732) 363-1900

<https://www.rwjbh.org/monmouth-medical-center-southern-campus/>

Hackensack Meridian Health—Ocean University Medical Center

425 Jack Martin Blvd.

Brick, NJ 08724

(732) 840-2200

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/ocean-university-medical-center>

Hackensack Meridian Health—Southern Ocean Medical Center

1140 Rt. 72 West

Manahawkin, NJ 08050

(609) 597-6011

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/locations/southern-ocean-medical-center>

Passaic

St. Joseph's University Medical Center

703 Main St.

Paterson, NJ 07503

(973) 754-2010

<https://stjosephshealth.org/locations/st-josephs-university-medical-center/>

St. Joseph's Wayne Medical Center

224 Hamburg Turnpike

Wayne, NJ 07470

(973) 942-6900

<https://stjosephshealth.org/locations/st-josephs-wayne-medical-center/>

Saint Mary's General Hospital

350 Boulevard

Passaic, NJ 07055

(973) 365-4300

<https://smh-nj.com/>

Salem

Inspira Medical Center—Elmer

501 Front Street

Elmer, NJ 08318

(856) 508-1000

<https://www.inspirahealthnetwork.org/locations/inspira-medical-center-elmer>

Inspira Medical Center—Mannington

310 Salem Woodstown Road

Salem, NJ 08079

(856) 935-1000

<https://www.inspirahealthnetwork.org/locations/inspira-medical-center-mannington>

Somerset**Robert Wood Johnson Hospital—Somerset**

110 Rehill Ave.

Somerville, NJ 08876

(908) 685-2200

<https://www.rwjbh.org/rwj-university-hospital-somerset/>

Sussex**Atlantic Health System—Newton Medical Center**

175 High St.

Newton, NJ 07860

(973) 383-2121

<https://www.atlantichealth.org/locations/newton-medical-center>

Union**Atlantic Health System—Overlook Medical Center**

99 Beauvoir Avenue

Summit, NJ 07901

(908) 522-2000

<https://www.atlantichealth.org/locations/overlook-medical-center>

Robert Wood Johnson University Hospital at Rahway

865 Stone St.

Rahway, NJ 07065

(732) 381-4200

<https://www.rwjbh.org/rwj-university-hospital-rahway/>

RWJ Barnabas Health—Trinitas Regional Medical Center

225 Williamson Street

Elizabeth, NJ 07207

(908) 994-5000

<https://www.rwjbh.org/trinitas-regional-medical-center/>

Warren

Atlantic Health System—Hackettstown Medical Center

651 Willow Grove St.

Hackettstown, NJ 07840

(908) 852-5100

<https://www.atlantichealth.org/locations/hackettstown-medical-center>

St. Luke's Warren Hospital

185 Roseberry St.

Phillipsburg, NJ 08865

(908) 847-6700

<https://www.slhn.org/locations/stlukes-hospital-warren-campus>

APPENDIX C—Legal Assistance Resources

Legal Services of New Jersey (LSNJ)

LSNJ is a nonprofit organization that offers free legal assistance in civil (not criminal) cases to low-income people in New Jersey. You will have to prove that you qualify financially. Even if you do not qualify its website contains information that can help you in dealing with medical debt, with links below.

Main Office

100 Metroplex Drive, Suite 101, Edison, NJ 08817

(732) 572-9100

<https://www.lsnjlaw.org/> (English version) <https://www.lsnjlaw.org/es> (Spanish version)

<https://www.lsnj.org/GetLegalHelp.aspx>

HOTLINE 1-888-576-5529 (1-888-LSNJ-LAW) open 8 to 5:30 pm, Monday to Friday

<https://lsnjlawhotline.org/intake/1008/language/1>

Central Jersey Legal Services

Apply Online: <https://centraljerseylegalservicesapplication.org/intake/1020/language/1>

Mercer County

198 West State Street

Trenton, NJ 08608

609-695-6249

Perth Amboy

313 State Street, Suite 308

Perth Amboy, NJ 08861-4117

(732) 324-1613

Fax: (732) 324-6253

Hamilton Township

1 North Johnston Ave., Suite A190,

Hamilton, NJ 08609

Middlesex County

317 George Street, Suite 201

New Brunswick, NJ 08901-2584

732-249-7600

Union County

60 Prince Street

Elizabeth, NJ 07208

(908) 354-4340

Essex-Newark Legal Services

Apply Online: <https://enlsonline.org/intake/1019/language/1>

Essex County

5 Commerce Street, 2nd Floor
Newark, New Jersey 07102
973-624-4500

Legal Services of Northwest Jersey

Apply Online: <https://lsnwjapply.org/intake/1018/language/1>

Hunterdon County

82 Park Avenue
Flemington, NJ 08822-1170
908-782-7979

Morris County

30 Schuyler Place, 2d floor
P.O. Box 900
Morristown, NJ 07963-0900
973-285-6911

Somerset County

90 East Main Street, 3d Floor
Somerville, NJ 08876
908-231-0840
Fax: 908-231-6780

Sussex County

18 Church Street—Suite 120
Newton, NJ 07860
973-383-7400

Warren County

91 Front Street
Belvidere, NJ 07823-1437
908-475-2020

Northeast NJ Legal Services

Apply Online: <https://www.nnjlsonline.org/intake/1016/language/1>

Bergen County

190 Moore Street
Hackensack, NJ 07601
201-487-2166

Hudson County

574 Summit Avenue
Jersey City, NJ 07306
201-792-6363

Union City

407 39th Street, Suite 301
Union City, NJ 07087
551-257-6040

Passaic County

100 Hamilton Plaza—Suite 200, Box 3
Paterson, NJ 07505
973-523-2900

South Jersey Legal Services

Apply Online: <https://www.sjlsintake.org/intake/1017/language/1>

Atlantic County

1300 Atlantic Avenue—Mezzanine Floor
Atlantic City, NJ 08401
609-348-4200

Burlington County

107 High Street
Mount Holly, NJ 08060
609-261-1088

Camden County

745 Market Street
Camden, NJ 08102
856-964-2010
Intake: 1-800-496-4570

Cape May County

1261 Route 9 South
P.O. Box 785
Cape May Court House, NJ 08210
609-465-3001

Community Health Law Project (CHLP)

This statewide nonprofit provides free legal services to low-income individuals with various types of disabilities and to people living with HIV/AIDS and their families. If your medical debt or your efforts to avoid incurring such debt arise out of a disability or HIV/AIDS status and you qualify based on your income, they can help you with obtaining public health benefits, such as Medicaid and NJ Family Care and also provide assistance in dealing with debt collection and bankruptcy. CHLP has 10 locations throughout New Jersey.

Administrative Office
85 Valley Street
South Orange, NJ 07079
Phone: 973-275-1175
Fax: 973-275-5210
TTY: 973-275-1721
Email: chlpifo@chlp.org

North Jersey Main Office
650 Bloomfield Avenue—Suite 210
Bloomfield, NJ 07003
Phone: 973.680.5599
Fax: 973-680-1488
TTY: 973-680-1116
Email: Bloomfield@chlp.org

East Jersey Main Office
65 Jefferson Avenue—Suite 402
Elizabeth, NJ 07201
Phone: 908-355-8282
Fax: 908-355-3724
TTY: 908-355-3369
Email: Elizabeth@chlp.org

East Jersey Satellite Office
506 3rd Street
Hoboken, NJ 07030
Phone: 908-355-8282
Fax: 908-355-3724
TTY: 908-355-3369

Central Jersey Main Office
3635 Quakerbridge Road—Suite 14
Hamilton, NJ 08619
Phone: 609-392-5553
Fax/TTY: 609-392-5369
Email: Trenton@chlp.org

Central Jersey Satellite Office
4 Commerce Place
Mt. Holly, NJ 08060
Phone: 609-261-3453
Fax: 609-261-8596

Shore Area Main Office
3301 Rt. 66—Suite 130
Neptune, NJ 07753
Phone: 732-380-1012
Fax: 732-380-1015
Email: Neptune@chlp.org

Shore Area Satellite Office
250 Washington Street—Suite 5
Toms River, NJ 08753
Phone: 732-349-6714
Fax: 732-349-6935

South Jersey Main Office
216 Haddon Avenue—Suite 703
Westmont, NJ 08108
Phone/TTY: 856-858-9500
Fax: 856-858-9545
Email: Collingswood@chlp.org

South Jersey Satellite Office
160 South Pitney Road
Galloway, NJ 08205
Phone: 856-858-9500

County Bar Association Lawyer Referral Services

The bar association in each county can refer you to a lawyer in your county who should be qualified to assist you with your medical debt. You are expected to pay for these services so there is no income qualification.

All the bar associations are listed on the LSNJ website

<https://lsnjlawhotline.org/intake/1008/language/1/static-page;staticpage=lawyer-referral>

The information for each county also appears below:

Atlantic County Bar Association Lawyer Referral Service
Atlantic County Court House
1201 Bacharach Blvd.
Atlantic City, NJ 08401
P: 609-345-3444
<https://atcobar.org/>

Bergen County Bar Association Lawyer Referral Service
15 Bergen Street
Hackensack, NJ
P: 201-488-0044
<https://bergenbar.org/lawyer-referral-service/>

Burlington County Bar Association Lawyer Referral Service
45 Grant Street
Mount Holly, NJ 08060
P: 609-261-4862 F: 609-262-5423
<https://burlcobar.org/lawyerreferrals.php>

Camden County Bar Association Lawyer Referral Service
1040 Kings Hwy. No., Suite 201
Cherry Hill, NJ 08034
P: 856-482-0618 F: 856-482-0637
<https://www.camdencountybar.org/lrs-info/>

Cape May County Bar Association Lawyer Referral Service
9 N. Main St., P.O. Box 425
Cape May Court House, NJ 08210
P: 609-463-0313 F: 609-463-1656
E: cmbarasn@aol.com
<https://www.cmcbanj.org/lawyer-referrals>

Cumberland County Lawyer Referral Service
P.O. Box 2374
Vineland, NJ 08362
P: 856-453-7000 F: 856-453-7008
<https://ccnjbar.org/lawyer-referral.html>

Essex County Bar Association Lawyer Referral Service
470 Dr. Martin Luther King Jr. Blvd., Room B01
Newark, NJ 07102
P: 973-622-6204
<https://essexbar.com/lawyer-referral-service/>

Gloucester County Bar Association Lawyer Referral Service
Justice Complex, P.O. Box 338
Woodbury, NJ 08096
P: 856-848-4589 F: 856-384-9580
<http://www.gcbanj.org/lawyer-referral-service/>

Hudson County Bar Association Lawyer Referral Service
583 Newark Avenue, 4th Floor
Jersey City, NJ 07306
P: 201-798-4708
E: staff@hcbalaw.com
<https://hcbalaw.com/lawyers-referral/>

Hunterdon County Bar Association Lawyer Referral Service
P.O. Box 573
Annandale, NJ 08801
P: 908-200-7822 F: 908-200-7159
<https://huntcolaw.org/lawyer-referral/>

Mercer County Bar Association Lawyer Referral Service
1245 White Horse Mercerville Road—Suite 420
Hamilton, NJ 08610-3894
P: 609-585-6200 F: 609-585-5537
E: info@mercerbar.com
<https://mercerbar.com/find-a-lawyer/>

Middlesex County Bar Association Lawyer Referral Service
87 Bayard Street
New Brunswick, NJ 08901
P: 732-828-0053
<https://mcba.community.lawyer/>

Monmouth County Bar Association Lawyer Referral Service
Courthouse
Freehold, NJ 07728
P: 732-431-5544 F: 732-431-2843
<https://monmouthbarassociation.com/lawyer-referral/>

Morris/Sussex County Bar Association Lawyer Referral Service
28 Schuyler Place
Morristown, NJ 07960
P: 973-267-5882 F: 973-605-8325
<https://morriscountybar.com/referrals/find-a-lawyer/>

Ocean County Bar Association Lawyer Referral Service
Courthouse
P.O. Box 381
Toms River, NJ 08753
P: 732-240-3666 F: 732-240-4907
E: ocba@verizon.net
<https://www.oceancountybar.org/join>

Passaic County Bar Association Lawyer Referral Service
77 Hamilton St., Courthouse, 2d Floor
Paterson, NJ 07505
973-345-4585
<https://www.passaicbar.org/lawyer-referra-service.php>

Salem County Bar Association Lawyer Referral Service
92 Market Street
Salem, NJ 08079
P: 302-307-1756
<https://www.scnjbar.org/> or contact scba@scnjbar.org

Somerset County Bar Association Lawyer Referral Service
P.O. Box 1095
Somerville, NJ 08876-1095
P: 908-685-2323
E: SCBAReferrals@gmail.com
<https://somersetbar.com/contact>

Union County Bar Association Lawyer Referral Service
Courthouse, 1st Floor
Elizabeth, NJ 07207
P: 908-353-4715 F: 908-354-8222
Mon-Thurs, 10: A.M. – 1 P.M.
<https://uclaw.com/lawyer-referral-service/>

Warren County Bar Association Lawyer Referral Service
413 Second St.
Belvidere, NJ 07823
P: 908 387 1835
E: info@warrencountybar.org
<https://warrencountybar.org/links/>

Volunteer Lawyers for Justice (VLJ)

Volunteer Lawyers for Justice, is a nonprofit which provides pro bono (free) legal services to people throughout the state who qualify financially. It has multiple programs, including a Debt Relief Legal Program, a twice-monthly virtual legal clinic, in which volunteer attorneys assist pro se defendants who have been sued over debt of all kinds, including medical, in the Special Civil Part in New Jersey. They also help screen people with debt who are considering filing for Chapter 7 bankruptcy. More information about the program is available on the website: <https://www.vljinj.org/bankruptcy-program>

100 Mulberry Street
P.O. Box 32040
Newark, NJ 07102
973-645-1955
Hours are 9 to 5, Monday to Thursday

Their website has helpful videos on the following topics:

How to Protect Yourself From Debt Collection Harassment
<https://vimeo.com/226772779>

You're Being Sued! What to Do.
<https://www.youtube.com/watch?v=KSjEHqwQBIQ&feature=youtu.be>

There is also information about how to use the court filing system, JEDS (Judiciary Electronic Document Submission), which you might need to do if you are unable to obtain legal representation or to file your papers in person at the court.

<https://www.youtube.com/watch?v=KSjEHqwQBIQ&feature=youtu.be>

Other Helpful Links

“Surviving Debt,” National Consumer Law Center Digital Book that has chapters on Medical Debt (chapter 11) and Collection Lawsuits (chapter 4)

<https://library.nclc.org/book/surviving-debt>

“Stopping Debt Collection Harassment: Consumer Debt Advice from the National Consumer Law Center”

<https://library.nclc.org/article/stopping-debt-collection-harassment-consumer-debt-advice-nclc>

Glossary of Legal Terms, National Consumer Law Center

<https://www.lsnjlaw.org/tools/glossary>

Debt Collection FAQs, Information from the Federal Trade Commission

<https://consumer.ftc.gov/articles/debt-collection-faqs>

NJ Court Links

Information on How to Represent Yourself in Court (Pro Se)

<https://www.njcourts.gov/self-help/represent-yourself>

Information About Special Civil Part

<https://www.njcourts.gov/self-help/special-civil-court>

How to Answer in Special Civil Part

<https://www.njcourts.gov/sites/default/files/forms/10542-ans-cplt-spc.pdf>

Information about Small Claims Court

<https://www.njcourts.gov/self-help/small-claims-court>

Information about How a Judgment Against You Can be Collected

<https://www.njcourts.gov/self-help/collecting-money-civil>

How to File Documents with the Court and View Court Documents Online

<https://www.njcourts.gov/attorneys/ecourts-and-efiling>

Letter Disputing Medical Debt or Asserting Defenses

To whom: This letter should be sent to the health provider/debt collector by the patient, either insured or uninsured, or the person such as a parent responsible for paying the medical debt. Fill in the information indicated in the brackets and then delete the brackets. The letter also contains instructions on how to complete the letter that are in all capital letters and inside brackets and those instructions and brackets should also be deleted before you send the letter.

Purpose: To assert a defense to payment. It is possible that the letter could induce the recipient to back off efforts to collect the debt from you because it shows that you have a good defense and/or because it shows that you will oppose any lawsuit filed against you and in that case, they might not feel that it is worth the time and expense of trying to collect from you.

Note that to best understand which defenses contained in the letter apply to you and your situation, you should read the Manual, especially Chapter 4, which describes the legal defenses that are available in a lawsuit for medical debt.

(DATE)

(PROVIDER OR DEBT COLLECTOR NAME

ADDRESS)

Re: Invoice No. _____

Bill Amount \$_____

Services Rendered on _____ (Date(s)) _____

Dear (Dr. _____/ Hospital / Practice / Debt Collector or Collection Agent):

I am writing you in regard to the aforementioned medical bill for \$_____, Invoice No. _____. I do not believe that I owe that amount (or a portion of that amount—say what portion) for the following reasons.

(CHECK ALL THAT APPLY AND DELETE THOSE THAT DO NOT APPLY TO YOU—THESE REASONS ARE THE SAME ONES CONTAINED IN THE DRAFT FORM OF ANSWER INCLUDED IN THIS APPENDIX):

_____ I have already paid the bill in full. (Attach proof of payment.)

_____ The amount of the bill is incorrect. (State what the correct amount should be and why?)

_____ The bill is for medical goods and services that I did not receive, in whole or in part. (Explain below what goods and services you did receive, if any, and specify which ones you did not receive.)

_____ I am a victim of identity theft and the bill appears to be for medical services that were provided to someone other than me. (Explain and attach documents that prove this.)

_____ The debt was already sued on and the matter was resolved. (Explain and attach documents that prove this.)

_____ I am in the military and on active duty and thus entitled to all the protections of the Servicemembers Civil Relief Act, which include protection from debt collection. (Attach documentation showing active-duty military status.)

_____ More than six years have passed since the debt was incurred and thus the statute of limitations has expired and the debt can no longer be sued on. (If the bill does not reflect the date or dates on which the medical services were provided, attach documents that show this information.)

_____ The debt has been discharged in bankruptcy. (Attach documents to prove this or at least provide the docket number of the bankruptcy case and the date the discharge was granted.)

_____ This debt (or a portion of the debt) was reported to a credit reporting agency in violation of the Louisa Carman Medical Debt Relief Act, N.J. P.L.2024, c.48, and thus the debt (or the portion of the debt that was reported) is void and can no longer be collected from me or anyone else. (Use this only if the debt was incurred after the law went into effect on July 22, 2024.)

_____ I have not been offered a Reasonable Payment Plan as required by the Louisa Carman Medical Debt Relief Act, N.J. P.L.2024, c.48, or I was offered a Plan, but it was not reasonable because the monthly payments exceeded 3% of my income or the interest was greater than 3% per year. (Use this only after the law goes into effect on July 22, 2025 and attach any relevant documentation indicating that the plan that was offered was not reasonable.)

_____ The amount charged is above the amount I am legally obligated to pay because it was for care that was medically necessary and I am on Medicaid or NJ FamilyCare and should not have received any bill for such care.

_____ The bill violates the law because it is for hospital care and the amount appears to be above 115% of the Medicare reimbursement rate, even though my family's gross income is below 500% of the Federal Poverty Level.

_____ The bill is for care provided in a hospital and I was found eligible for Charity Care based on family gross income below 300% of the Federal Poverty Level and

should not have been billed for any of the services I received in the hospital. (This is something you should argue for whether the bill is from the hospital itself or from an individual health care provider or providers who provided services at the hospital even if they assert that Charity Care does not cover their services.)

_____ The bill is for care provided in a hospital and because my family gross income was below 300% of the Federal Poverty Level at the time, I would have been found eligible for Charity Care but I was not offered an application and thus did not apply for it. It is therefore against the law to bill me for these services.

_____ The bill reflects out-of-network charges for health care I received even though I was never informed that the provider (or providers or the facility) was out-of-network and/or I never consented to out-of-network care and any resulting higher cost due to lower insurance reimbursement and I thus need pay only the in-network charges for the services. (This one can only be used by those who are insured and it means that you will still have to pay for the services but only the lesser, in-network amount.)

_____ I am uninsured and before I received the health care services reflected in the medical bill identified above, I asked for and received from the provider or providers a Good Faith Estimate of what those services would cost and the amount of the bill turned out to be more than 10% higher than the Estimate. (Attach a copy of the Good Faith Estimate you received.)

_____ I am insured and my insurer denied coverage, in whole or in part, for the health care services reflected in the medical bill identified above and my appeal from that denial or partial denial has not yet been resolved and thus any attempt to collect the debt from me is premature and must await a decision on the appeal. (Attach a copy of the appeal letter submitted to insurance company or any document issued by the insurance company acknowledging receipt of your appeal.)

_____ You are not a health care provider and provided no health care services to me and cannot collect any amount from me unless you can prove that you are entitled to do so by virtue of a specific transfer or assignment of the debt referenced above. (Obviously, this one can only be selected if you have been contacted by a debt collector rather than the health care provider.)

_____ I reached an agreement with the health care provider or with someone collecting the debt on their behalf or to whom the debt was assigned or transferred to pay a lower amount to satisfy the debt referenced above and I have satisfied the terms of that agreement and thus no longer owe the debt or am in the process of satisfying the agreement and thus currently owe only a lesser amount that I will satisfy in accordance with the agreement. (Attach a copy of the agreement and/or proof of payment or receipt of payment.

_____ I did not request or agree to the goods or services.

_____ (Set forth any other reason you might have about why the money is not owed.)

For all the reasons stated above, I will not be paying this bill (or the \$_____ portion of it not owed) and if you continue to pursue this matter, I will defend myself in court and assert the above defenses.

Sincerely,

(Name of Patient
Address of Patient
Phone Number
Email Address)

Attachments

APPENDIX D-2—Payment Plan Letter

Letter Seeking to Negotiate a Reasonable Payment Plan

For use after July 22, 2025, when the Reasonable Payment Plan requirement of the Louisa Carman Medical Debt Relief Act goes into effect. Fill in the information indicated in the brackets and then delete the brackets. The letter also contains instructions on how to complete the letter that are in all capital letters and inside brackets and those instructions and brackets should also be deleted before you send the letter.

This letter should be sent to the health provider/debt collector by the patient, either insured or uninsured, or the person such as a parent responsible for paying the medical debt.

Purpose: To start to negotiate a Reasonable Payment Plan if you believe the debt is valid. If you do not believe the debt is valid, use the Letter Denying or Disputing the Debt. Please note that if the provider offers you a Payment Plan and you do not believe you owe the money, you can still enter the settlement agreement and assert your defense that the bill is invalid in the event you do not pay that amount and you are sued.

Note: The Payment Plan requirement extends to both insured and uninsured patients. **If you are insured**, the amount of the bill will depend on whether you have met your deductible, and whether your health plan requires you to pay a percentage of the charge your insurer has negotiated for the services you received. If you are uninsured, there is no prior negotiated rate and you will almost certainly be charged a higher amount than someone who is insured. Therefore, in this letter, you want to first try to lower the amount of the bill (typically, to the Medicare rate for the service received) and then undertake the calculations set forth in the letter.

(DATE)

(PROVIDER OR DEBT COLLECTOR NAME

ADDRESS)

Re: Invoice No. _____

Bill Amount \$_____

Services Rendered on _____ (Date(s)) _____

Dear (Name of Doctor/Hospital/Practice/Debt Collector or Collection Agent):

I am writing regarding the medical bill identified above in the amount of \$ _____. (IF YOU ARE INSURED, CHOOSE THE NEXT PARAGRAPH AND IF YOU ARE NOT INSURED, CHOOSE THE SECOND PARAGRAPH. DELETE THE PARAGRAPH YOU DO NOT CHOOSE AND ALSO THESE INSTRUCTIONS.)

I acknowledge that the bill is accurate and that I owe (Name of Physician, Hospital or Provider Group) this amount for services I received on (Date(s)). However, pursuant to the Louisa Carman Medical Debt Relief Act, N.J.S.A. 56:11-28 et seq., you are required to offer me a Reasonable Payment Plan before you can start medical debt collection efforts.

(OR)

I acknowledge that the bill is for services that I received from (Name of Physician, Hospital or Provider Group) on (Date(s)). However, I believe that as an uninsured patient, I have been charged an unreasonable amount. Instead, my research indicates that the Medicare rate(s) for the services I received is/are \$ _____. Accordingly, I am offering to pay that amount to settle your claim against me. Furthermore, pursuant to the Louisa Carman Medical Debt Relief Act, N.J.S.A. 56:11-28 et seq., you are required to offer me a Reasonable Payment Plan before you can start medical debt collection efforts.

(CONTINUE THE LETTER IN BOTH SITUATIONS AS FOLLOWS:)

I understand that these Payment Plans can last from six months to five years, possibly even longer, based on how much I owe and my ability to pay. The amount of the monthly payments cannot be greater than 3% of my individual monthly income, and the annual interest rate cannot exceed 3%.

Based on these parameters set forth in the law, I am proposing to pay you \$ _____ per month for (X) number of months. This offer is based on the fact that my monthly income is \$_____. I will supply proof of my income on the condition that you agree to keep the information confidential and not share it with any third-party or use it for any purpose other than calculating a Reasonable Payment Plan.

Please let me know if this proposal is acceptable to you. If it is, please send me a signed, written agreement that reflects the terms I have outlined above.

If you desire to discuss this matter with me further, I can be reached at (Phone Number) and/or (Email).

Thank you for your consideration and quick attention to this matter.

Sincerely,

(Name of Patient
Address of Patient
Phone Number
Email Address)

REPLY
AFFIRMATIVE DEFENSES

(CHECK THE APPROPRIATE STATEMENT(S) BELOW, WHICH SET FORTH WHY YOU CLAIM YOU DO NOT OWE MONEY TO THE PLAINTIFF OR OWE LESS THAN THE PLAINTIFF IS CLAIMING, AND DELETE THOSE DEFENSES THAT ARE NOT APPLICABLE. DELETE THESE INSTRUCTIONS BEFORE FILING THE ANSWER.)

The bill has been paid. (State facts supporting this assertion below)

The dollar amount claimed by the plaintiff(s) is incorrect. (State facts supporting this assertion below)

The debt sued on has been reported to a credit reporting agency in violation of NJ law and is thus, automatically void. (State facts supporting this assertion below)

I was not offered a Reasonable Payment Plan for the debt or I was offered a plan but it was not reasonable, in violation of NJ law. (State facts supporting this assertion below)

I am on Medicaid or NJ Family Care and I was improperly billed for medically necessary services. (State facts supporting this assertion below)

The debt sued on was incurred for health care provided at a hospital and I was never given the opportunity to apply for Charity Care or I was found eligible for Charity Care but was improperly charged for services that should have been fully covered or I was charged above the amount allowed by law for someone with my income. (State facts supporting this assertion below)

The debt sued on was incurred for health care provided at a hospital and I was found eligible for Charity Care but one or more of the physicians or other health care providers who provided care at the hospital failed to bill me accordingly, in violation of the law. (State facts supporting this assertion below)

The plaintiff is not a health care provider and provided no health care services to me and cannot prove that they are entitled to collect any amount owed for the medical services giving rise to the debt that is the subject of this lawsuit. (State facts supporting this assertion below)

I reached an agreement with the plaintiff or with the health care provider who provided the health care services to pay a different amount to satisfy the debt that is the subject of this lawsuit and I have satisfied the terms of that agreement and thus no longer owe the debt or owe only a lesser amount that I will satisfy in accordance with the agreement I made with the plaintiff or health care provider. (State facts supporting this assertion below)

The claim or the amount of the claim is unfair. (State facts supporting this assertion below)

The medical equipment or services were not provided. (State facts supporting this assertion below)

The medical equipment received was defective. (State facts supporting this assertion below)

I/We did not request or agree to the medical equipment or services. (State facts supporting this assertion below)

I am a victim of identity theft or mistaken identity. (State facts supporting this assertion below)

The time (six years) has passed for plaintiff to sue on this debt. (State facts supporting this assertion below)

This debt has been discharged in bankruptcy. (State facts supporting this assertion below)

A lawsuit was previously filed and the claim has been resolved. (State facts supporting this assertion below)

- Trial by jury is requested and an extra \$100 cash, check or money order is submitted.
- Trial by jury is requested and I have submitted an application for a waiver of the \$100.00 fee.

The Judiciary will provide reasonable accommodations to enable individuals with disabilities to access and participate in court events. Please contact the local ADA coordinator to request an accommodation. Contact information is available at njcourts.gov.

The New Jersey Judiciary provides court-interpreting services. If you need an interpreter, notify the court as soon as possible. Contact information is available at njcourts.gov.

Certification

I certify, to the best of my knowledge: (Must check one)

- that the above matter is not the subject of any other court action or arbitration proceeding now pending or contemplated, or
- that the following actions or arbitration proceedings are pending or contemplated

AND (Must check one)

- that no other parties should be joined in this action; or
- that the following persons or entities should be joined in this action

I certify that confidential personal identifiers have been redacted from documents now submitted to the court and will be redacted from all documents submitted in the future in accordance with Rule 1:38-7(b).

I further certify that this answer was served by me upon all existing parties.

_____ s/ _____
 Dated Defendant's Signature

 Defendant's Name - Typed or Printed

Demand for Production of Documents Pursuant to R. 4:18-2. By checking this box, demand is made for production of all documents or papers referred to in the pleading for which this answer is provided, within 5 days of this demand.

Instructions for Completing Special Civil Answer in Medical Debt Case

- A. The defendant is you, the person who is being sued, and the plaintiff is the person who is suing you.
- B. At the top left of the form under the section labeled Pro Se Litigant, enter your name, address, daytime phone number and email address. If you are not an attorney, leave the NJ Attorney ID field blank.
- C. In the section for plaintiff's information, enter the plaintiff's name, address and daytime phone number. Make sure to check the box if the plaintiff's address and/or phone number have changed since the initial filing.
- D. In the section for defendant's information, enter the name(s), current address(es) and daytime phone number(s) of the defendant(s) listed on the complaint.
- E. On the right side of the form, enter the County and Docket No. assigned to the case by the court. (You can get this information from the Complaint filed against you.)
- F. In the section below where Defendant denies owing the debt to the Plaintiff, check the appropriate statement(s) which set forth why you claim you do not owe the money to the plaintiff (select ALL that apply); or choose the box marked "Other" and explain your position.
- G. Indicate if you want a trial by jury. If so, select the appropriate statement - trial by jury requested and you are paying the extra fee or trial by jury requested and you have submitted an application for a Fee Waiver. Enclose either a \$130 check or money order (\$100 for jury and \$30 for the Answer filing fee) made payable to the Treasurer, State of New Jersey, or your completed application for a fee waiver.
- H. In the Certification area, check the applicable box in each section, advising the court of any other pending actions involving the same parties. Provide information about those other claims or lawsuits (if any) and advise the court if any other parties should be joined to this lawsuit.
- I. **IMPORTANT:** Carefully review the Certifications made and double check that you have complied with the Certifications before moving to the next step. This means that you must make sure that you do not need to bring anyone else into the case or that you advise the Court if another party should be brought into the case. A frequent example is when a hospital sues a patient for payment of a bill, but the patient believes that the insurance company should pay the bill instead. The insurance company needs to be brought into the case. If you are in a situation similar to this example, DO NOT use this Answer Form. Instead use packet 11968 on the court website - How to Answer a Complaint in the Special Civil Part with a Counterclaim, Cross-claim and/or Third-Party Complaint.
- J. If the Answer or any of the copies of papers that you attach to the Answer contain a Social Security number, insurance policy number, active financial account number, active credit card number or information as to an individual's military status you must redact (black out) this information so that it cannot be seen, unless any such personal identifier is required to

be included by statute, rule, administrative directive or court order. If an active financial account is the subject of your case and cannot otherwise be identified, you may use the last four digits of the account to identify it. Once you have confirmed that none of these personal identifiers are on the papers that you are filing, you must sign and date the Certification that indicates "I certify that personal identifiers have been redacted from documents now submitted to the court and will be redacted from all documents submitted in the future in accordance with Rule 1:38-7(b)."

NOTE: Do Not redact (black out) this information in the original papers that you are keeping since you may have to show them to the court at some point.

- K.** On the line above Dated, clearly print or type the date on which you sign this form, sign your name on the line above Defendant's Signature and clearly print or type your name on the line below your signature.
- L.** If you would like a copy of the documents or papers referred to in the Complaint, check The Demand for Production of Documents box located at the bottom of the form. Review all steps for completion before mailing your form. We recommend that you check the box.

APPENDIX D-4—CERTIFICATION OF SERVICE

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

Defendant, *Pro Se*

SUPERIOR COURT OF NEW JERSEY

LAW DIVISION—SPECIAL CIVIL PART

_____ COUNTY

DOCKET NO: DC-_____

Name: _____

Plaintiff

vs.

Name: _____

Defendant

CIVIL ACTION

CERTIFICATION

OF

SERVICE

I, _____ (Your Name), Defendant pro se in the within
action, hereby certify that on the date below, an original and two copies of
_____ (Name of Document(s) You are Filing with the Court)
were filed (in person or by Federal Express or USPS next day or two-day delivery) with the
Special Civil Part Clerk of the Superior Court of _____ (Name and Address of County Court
Where Filed).

I further certify that on (Date Document(s) were Mailed to Plaintiff or Plaintiff's Attorney), a copy of each of the above-listed documents was sent by (electronic or regular or certified or registered) mail to the (Plaintiff or Plaintiff's Attorney) at the following address:

(Name and Address of Plaintiff or Their Attorney)

I hereby certify that the foregoing statements made by me are true. I am aware that if any of the foregoing statements made by me are willfully false, I am subject to punishment.

(YOUR SIGNATURE)
DEFENDANT *Pro Se*

Dated: _____ (DATE ON WHICH SIGNED)

APPENDIX D-5—LETTER REQUESTING DEBT VALIDATION

For use when you are contacted by a debt collector (but not a health care provider) about a debt by any means including telephone, mail, email, via social media or even in-person.

Send this letter as soon as possible and within 30 days of when a debt collector contacts you the first time about a debt. This is important because, under the Federal Fair Debt Collection Practices Act, your legal rights to obtain verification information from a debt collector are greater during the 30-day period.

When a debt collector is asking you to pay money, you're entitled to ask for details. The sample letter below will help you to get details on the following:

Why a debt collector thinks you owe this debt.

The amount of the debt and how old it is.

Details about the debt collector's authority to collect this money.

A debt collector may not have a legal obligation to provide all of the information you seek, even if requested within the 30-day period. If they do not give you what you request, that doesn't necessarily mean they have broken any laws or have given up a legal right to collect from you.

Fill in the bracketed information and customize to fit your specific situation. Then delete the brackets.

Send the letter via certified mail, return receipt requested to prove that the debt collector received it and when. Retain a copy for your records.

Once you receive a response, review it carefully and if it does not adequately validate the debt, send a follow up letter pointing this out. Also do so if they do not respond at all.

If the debt collector makes vague statements about what will happen if you do not pay, read their response to your letter carefully. If they tell you that they intend to sue you, you should take that seriously. Federal law prohibits a debt collector from threatening to take any action they can't take or that they don't intend to take.

Failure to respond to you or to respond adequately might be a violation of the Fair Debt Collection Practices Act or FDCPA and if it seems to be, you can file a complaint about it with the Consumer Financial Protection Bureau or CFPB.

If they do respond fully but do so after their 30-day deadline for responding has passed, send a follow up letter stating that pursuant to the FDCPA, the debt is deemed invalid.

If possible, consult a lawyer to assist you.

(Your Name)
(Your Street Address)
(Your City, State, Zip Code)
(Your Phone Number)
(Your Email Address)

(Date)

(Debt Collector Name)
(Debt Collector Address)
(Debt Collector City, State, Zip Code)

RE: (Account Number the debt collector referenced if any)
Formal Request for Debt Validation Under the Fair Debt Collection Practices Act

To Whom It May Concern:

This letter responds to your (letter/phone call/email) dated (Date of initial communication from debt collector) regarding an alleged debt in the amount of (Amount).

I dispute the validity of this debt and request debt validation under the Fair Debt Collection Practices Act (FDCPA), 15 U.S.C. § 1692g. This is not a refusal to pay, but a formal request for additional information so that I can determine whether I am legally obligated to pay this debt.

To validate this debt, the following information is required:

1. The name and address of the creditor to whom the debt is currently owed, the account number, if any, used by that creditor.
2. If this debt started with a different creditor, the name and address of the original creditor/ health provider, the account number, if any they used, and the amount of the debt at the time they transferred or assigned the debt. Also, please provide a copy of the last billing statement sent to me by that original creditor.
3. The name and address of any intervening creditor or creditors, any account numbers relating to the debt and the amount of the debt at the time of each transfer or assignment.
4. The exact amount claimed to be currently owed.
5. Verification that you have the legal right to collect this specific debt, including any documentation showing that the debt was transferred or assigned to you by the original provider or by other person who owed the debt or had the legal right to collect the debt.

6. A copy of the original contract or agreement that created the debt, which in the case of medical debt would likely be any document agreeing to pay for the health services to the extent not covered by insurance.
7. If you are asking that I pay a debt that somebody else is or was required to pay, identify that person. Provide verification and documentation about why this is a debt that I am required to pay.
8. Set forth a detailed transaction history from the original creditor to the present, showing the original amount of the debt, any payments or adjustments made, and any additional interest, fees or other charges added to it, along with the date of each such interest, fees or charges, resulting in the current amount of the claimed debt. In addition, explain how the added interest, fees or other charges are expressly authorized by the agreement creating the debt or are permitted by law.
9. State whether you have determined if the claimed debt is within the statute of limitations and if so, explain the basis for that determination including what you believe the applicable limitations period to be, the date of the last payment made on the debt, the claimed date of default and provide any supporting documents.

The FDCPA requires that once I make this request, all collection activity against me must cease until the requested validation information is provided. If the debt is not validated within 30 days, the debt will be assumed invalid, and all collection activity must end.

Records of all correspondence with you will be kept, and any violations of the FDCPA will be reported to the appropriate authorities.

Thank you for your cooperation. A response is expected within 30 days.

Sincerely,

(Your Signature) _____

(Your Typed Name)