

HMH Hospitals Corporation **Manual de Política Administrativa**

Política de Assistência Financeira (FAP)#: 1845

Data de entrada em vigor: Janeiro de 2016, alterado e combinado a 1 de janeiro de 2018 para a formação da HMH Hospitals Corporation

Objetivo:

Identificar as regras que regem a cobrança de todas as taxas associadas aos serviços prestados aos pacientes nos HMH Hospitals Corporation (referido, doravante, como "Hospitais") e os processos de interação entre o paciente, fiador e o pessoal de Atendimento ao Cliente e Registo dos Hospitais.

A adesão a esta política resultará na uniformização da cobrança de receita dos Hospitais, mantendo a reputação pela qual os Hospitais são conhecidos. A adesão a esta política também aumentará a consciencialização sobre as opções de assistência financeira disponíveis para pacientes elegíveis que precisam de cuidados de emergência ou de outros cuidados médicos necessários e descrevem os procedimentos pelos quais estes pacientes podem solicitar assistência financeira.

O foco será melhorar a comunicação com os nossos pacientes, aumentar a transparência dos preços, aumentar o pré-serviço de cobrança e melhorar significativamente as relações paciente/público, fornecendo aos nossos pacientes as informações necessárias para compreenderem o preço dos seus cuidados. Além disso, os hospitais tentam aumentar o acesso aos seus serviços, oferecendo um maior acesso à cobertura por parte de todos os membros da comunidade.

HMH Hospitals Corporation:

A HMH Hospitals Corporation (os centros médicos dos Hospitais incluem o Bayshore Medical Center, o Hackensack University Medical Center, o Jersey Shore University Medical Center, o Ocean Medical Center, o Palisades Medical Center, o Raritan Bay Medical Center, o Riverview Medical Center e o Southern Ocean Medical Center) estabeleceu uma missão para atender as necessidades médicas das comunidades a que presta assistência. Uma política financeira sólida comprometida com protocolos razoáveis de crédito e cobrança, bem como opções abrangentes de assistência financeira, é extremamente importante e fundamental para a missão dos Hospitais. A HMH Hospitals Corporation manterá uma política de transparência de preços comunicando a responsabilidade financeira aos seus pacientes antes dos serviços prestados, excluindo os serviços de emergência e trauma. A política respeitará sempre a situação financeira dos seus pacientes e preservará a dignidade dos envolvidos, de acordo com a lei de Nova Jérquia aplicável, que rege a Charity Care, P.L. 1992, Capítulo 160.

Por favor, tenha em atenção que, de acordo com a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho Ativo de 1986 (EMTALA), as pessoas com condições médicas de emergência serão examinadas e estabilizadas, independentemente da sua capacidade de pagamento. Tais serviços não serão atrasados, negados ou qualificados de outra forma por qualquer outro motivo, incluindo, entre outros, inquéritos relacionados com o pagamento. *Consulte a Política Administrativa 558-1, Transferência de Pacientes e Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho Ativo (EMTALA).*

I. Cobranças Antecipadas – População Geral de Pacientes

Política:

Para os fins desta política, a “parcela de auto-pagamento” para pacientes segurados é definida como o valor devido pelo paciente (e/ou fiador) de todas as contas definidas pelo pagador. O termo “parcela de auto-pagamento para o paciente não segurado” é definido como a nossa taxa de Assistência Compassiva. O termo "instalações" refere-se a preços para o "uso destas instalações" e não a preços para o consultório ou honorários médicos. O termo “participação nos custos” refere-se a um valor dedutível, de cosseguro ou de co-pagamento

Geralmente, um paciente e/ou fiador terá uma responsabilidade de auto-pagamento nas seguintes circunstâncias:

- A. O paciente não possui cobertura de assistência médica para os serviços das instalações.
- B. O paciente possui cobertura de assistência médica para os serviços das instalações; no entanto, o serviço a ser prestado não é abrangido pela sua cobertura de assistência médica (por exemplo, cirurgia plástica).
- C. O paciente possui cobertura de assistência médica, no entanto, após a verificação da cobertura de assistência médica, é determinado que o paciente possui um valor de participação nos custos devido. Este valor pode vir na forma de uma franquia anual, cosseguro aplicável ou co-pagamento pelos serviços das instalações prestados.
- D. O paciente tem uma penalização por serviços fora da rede (os Hospitais não participam numa rede especificada). Esta penalização é imposta pelos contribuintes quando um paciente é tratado por instalações e/ou médico fora da rede. A penalização varia de acordo com a cobertura hospitalar dos pacientes. Para aumentar a transparência nos serviços de saúde fora da rede, os Hospitais divulgarão aos pacientes se as instalações se encontram dentro ou fora da rede no que diz respeito ao plano de benefícios de saúde do paciente; informar os pacientes que, se as instalações se encontrarem na rede, o paciente não incorrerá em custos adicionais para além daqueles normalmente aplicáveis a um procedimento em rede, a menos que o paciente, conscientemente, voluntariamente e especificamente selecione um prestador fora da rede para fornecer serviços; informar os pacientes que, se as instalações estiverem fora da rede, o paciente terá uma responsabilidade financeira aplicável aos serviços de saúde prestados em instalações fora da rede.
- E. O paciente esgotou a sua cobertura de assistência médica para o período de benefício atual (ano do benefício, ano civil e/ou valores máximos da vida útil).

Se um paciente/fiador possuir cobertura de assistência médica, devem ser usadas as seguintes diretrizes para determinar e/ou cobrar saldos de auto-pagamento:

A. Dedutível para Pacientes Internados através da Medicare - O Dedutível para Pacientes Internados através da Medicare para 2018 é de 1.340,00 dólares americanos.

B. Cosseguro Ambulatório Medicare

Se o paciente não estiver coberto por um seguro secundário, o valor do cosseguro, conforme indicado no Programa de Pagamentos dos Hospitais APC, deverá ser cobrado. O montante correto pode ser encontrado na coluna "Cosseguro". Se o serviço prestado não aparecer na lista da APC, consulte o Programa de Taxas Medicare adequado com base no serviço prestado (Medicina de Reabilitação, Mamografias, MICU (Unidade de Cuidados Médicos Intensivos)/AMB (Ambulância), Laboratório Clínico, Educação em Diabetes, etc.)

Por favor, informe o beneficiário que esta é uma despesa própria estimada. Se o passivo for maior, o paciente será cobrado pelo saldo. Se for menor do que o valor cobrado, o paciente será reembolsado pelo valor em excesso.

C. Medicaid

Por norma, não existem despesas desembolsadas de destinatários/pacientes para serviços cobertos. No entanto, com base no nível de cobertura do Medicaid pode haver uma despesa desembolsada imediata do cosseguro e/ou de um serviço não coberto.

D. Cobertura Blue Cross e Blue Shield

Confirme a responsabilidade do paciente ou a sua despesa/preço desembolsada/o, verificando eletronicamente (RTE - Elegibilidade em Tempo Real ou site do pagador) ou entrando em contacto com a Blue Cross. Verifique se existe uma responsabilidade do paciente e/ou um serviço não coberto. Obtenha o valor da participação nos custos e informe o paciente. O valor do co-pagamento do **Centro de Trauma de Emergência** (“ETC”) deve ser verificado através de Verificação de Elegibilidade RTE ou acedendo ao site do pagador. Se não for possível verificar via RTE ou no site do pagador, o valor do co-pagamento pode ser encontrado no cartão de identificação de seguro do paciente. Como último recurso, entre em contacto diretamente com o pagador correspondente.

E. Pagadores de Cuidados Comerciais e Administrados

Confirme a responsabilidade do paciente ou a sua despesa/preço desembolsada/o, verificando eletronicamente (RTE ou site do pagador) ou entrando em contacto com o pagador. Verifique se existe uma responsabilidade do paciente e/ou um serviço não coberto. Obtenha o valor da participação nos custos e informe o paciente. O valor do co-pagamento do ETC deve ser verificado através de Verificação de Elegibilidade RTE ou acedendo ao site do pagador. Se não for possível verificar via RTE ou no site do Pagador, o valor do co-pagamento pode ser encontrado no cartão de identificação de seguro do paciente. Como último recurso, entre em contacto diretamente com o pagador correspondente.

1. Admissões eletivas para pacientes internados, cirurgia no mesmo dia e pacientes ambulatoriais numa cama (visitas agendadas)

a. Os pacientes, com ou sem seguro, devem ser compensados financeiramente:

- i. Antes ou na data do teste de pré-admissão; ou
- ii. O mais tardar até às 12h00, três (3) dias úteis antes do procedimento

O termo “autorizado financeiramente” refere-se à verificação do seguro, à cobrança de todas as despesas desembolsadas por todos os pacientes e à obtenção de todas as pré-certificações, autorizações e/ou referências necessárias para os pacientes com seguro. Para aqueles com seguro, as despesas desembolsadas podem incluir montantes de valores dedutíveis, de cosseguro e de co-pagamento, bem como todos os custos excluídos da cobertura (procedimentos não cobertos). Para os que não têm seguro, as despesas desembolsadas estão sujeitas às taxas de Assistência Compassiva da HMM Hospitals Corporation.

Se um paciente não for autorizado financeiramente dentro do prazo estabelecido, o Diretor Clínico ou o Administrador da área de serviço será notificado e, posteriormente, determinará a necessidade médica da condição do paciente em relação ao procedimento/teste.

b. Pré-admissões

Quando possível, a HMM Hospitals Corporation irá pré-registar todos os serviços eletivos. O método de pagamento deve ser identificado antes da admissão do paciente, incluindo parcelas de auto-pagamento e saldos pendentes anteriores. Terão lugar avaliações financeiras antes do procedimento agendado do paciente. Se necessário, será garantido um acordo financeiro antes do procedimento agendado do paciente, com base nas alternativas de pagamento descritas nesta política, começando na Secção II (E).

2. Auto-pagamento Eletivo Ambulatório

Os pacientes, com ou sem seguro, devem ser autorizados financeiramente o mais tardar até às 12h00, três (3) dias úteis antes do procedimento.

O termo “autorizado financeiramente” refere-se à verificação do seguro, à cobrança de todas as despesas desembolsadas por todos os pacientes e à obtenção de todas as pré-certificações, autorizações e/ou referências necessárias para os pacientes com seguro. Para aqueles com seguro, as despesas desembolsadas podem incluir montantes de valores dedutíveis, de cosseguro e de co-pagamento, bem como todos os custos excluídos da cobertura (procedimentos não cobertos). Para os que não têm seguro, as despesas desembolsadas estão sujeitas às taxas de Assistência da HMM Hospitals Corporation.

Se um paciente não for autorizado financeiramente dentro do prazo estabelecido, o Diretor Clínico ou o Administrador da Área de Serviço será notificado e, posteriormente, determinará a urgência da condição do paciente em relação ao procedimento/teste.

3. Admissões/Transferências/Admissões Diretas para Pacientes Internos Urgentes A elegibilidade e verificação do benefício ocorrerão no momento da admissão para pacientes que são admitidos na HMM Hospitals Corporation como urgentes, transferências ou admissões diretas.

4. Centro de Trauma de Emergência (ETC)

A HMM Hospitals Corporation continuará a triagem e tratamento da condição médica do paciente antes que quaisquer acordos de pagamento financeiro sejam discutidos. A HMM Hospitals Corporation não negará serviço no ETC. Depois de verificar se o paciente foi examinado, estabilizado e a aprovação ter sido dada pelo médico do paciente, o paciente será abordado na tentativa de cobrar a responsabilidade desembolsada do paciente.

A HMM Hospitals Corporation cobrará toda a cobertura de assistência médica, incluindo Medicare, Medicaid e pagadores terceiros, após a verificação da elegibilidade.

5. Contratos de Assistência Administrada – Pacientes com Seguro A HMM Hospitals Corporation possui contratos de assistência administrada específicos. A responsabilidade do paciente será determinada pelo pagador terceiro. O valor em dólares será calculado usando a taxa contratada acordada com o pagador.

Por favor, consulte o Anexo A desta política para o Calendário de Cobranças a Pacientes dos Hospitais, para obter mais informações sobre o processo de cobrança e cumprimento dos termos do Código da Autoridade Tributária (Internal Revenue Service - IRS) §501(r)(6).

II. Política de Assistência Financeira

Para casos que envolvam o tratamento de crianças qualificadas ou pacientes Medicaid, por favor consulte a *Política Administrativa 1846, Política de Assistência Financeira (Cuidados de Caridade/Cuidados Infantis/Medicaid)*.

Por favor, tenha em atenção que nem todos os serviços prestados nas instalações dos Hospitais estão abrangidos por esta política. Por favor, consulte o Anexo B para obter uma lista de prestadores por departamento que prestam serviços de saúde de emergência ou outros serviços médicos necessários dentro das instalações do hospital. Este Anexo especifica que prestadores estão cobertos por esta política e quais não estão. A listagem dos prestadores será revista trimestralmente e atualizada, se necessário.

A. Política de Descontos para Assistência Solidária em Hospitais Quando o desconto em Assistência Solidária é aplicado a uma conta, o valor total devido será baseado nas taxas de assistência solidária com Auto-pagamento para Pacientes Internados e Ambulatórios pelos serviços prestados. As taxas de Assistência Solidária para Pacientes Internados são as taxas Medicare DRG para o ano atual. As taxas de Assistência Solidária Ambulatória são baseadas na Taxa Medicare APC a multiplicar por dois ou na Taxa do Programa de Taxas Medicare a multiplicar por dois, dependendo do serviço prestado.*** Essas são as taxas finais. **Não serão aplicados descontos adicionais a estas taxas; no entanto, a um indivíduo elegível ao FAP não será cobrado mais do que os Valores Geralmente Faturados (“AGB”) (definido posteriormente).**

B. Política de Descontos para o Estado de Nova Jérсия 15

A partir de 2/4/09, os pacientes não segurados cujos rendimentos familiares variam entre 300% e 500% das Diretrizes Federais de Pobreza serão examinados com o nosso atual processo de Triagem para Cuidados de Caridade. Assim que for qualificado, reavalia o pagador principal para “Q76” – “New Jersey State 15 Care”. As taxas de Cuidados de Internamento no estado de Nova Jérсия 15 são as taxas Medicare DRG para o ano atual. As taxas de Cuidados Ambulatorios no estado de Nova Jérсия 15 são baseadas na Taxa Medicare APC a multiplicar por 115% ou na Taxa do Programa de Taxas Medicare a multiplicar por 115%, dependendo do serviço prestado.

Os saldos de auto-pagamento após o Seguro (franquias, cosseguros e co-pagamentos) não serão descontados, a não ser que o paciente se qualifique de acordo com esta política.

C. Cálculo de Valores Geralmente Faturados (“AGB”) para Cuidados de Emergência ou outros Cuidados Médicos Necessários

De acordo com o Código da Autoridade Tributária (Internal Revenue Service - IRS) §501(r)(5), em caso de cuidados de emergência ou outros cuidados médicos necessários, os pacientes elegíveis para assistência financeira ao abrigo desta política não ficarão sujeitos a mais cobranças do que um indivíduo que tenha um seguro a cobrir esses cuidados.

A um indivíduo considerado elegível para assistência financeira que exija cuidados de emergência ou outros cuidados médicos necessários **será cobrado o menor de:**

1. A quantia, como foi calculada pelas secções (II)(A)-(B) acima; ou
2. AGB.

Os AGB do Hackensack University Medical Center e Palisades Medical Center são calculados utilizando uma taxa de Medicare de última hora para o serviço, além de seguradoras privadas de saúde. É possível obter uma descrição das seguintes percentagens e metodologia de cálculo solicitando por escrito, gratuitamente. As percentagens atuais dos AGB são as seguintes:

1. Paciente internado: 26%
2. Paciente ambulatorio: 32%
3. EMERGÊNCIA Paciente ambulatorio: 22%

Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center e Raritan Bay Medical Center os AGB são calculados utilizando o método de pagamento potencial e é igual à taxa Medicare para o Serviço.

D. Forma de pagamento

Os Hospitais aceitam as seguintes formas de pagamento:

1. Numerário
2. Ordem de Pagamento
3. Cartão de crédito selecionado - Visa, MasterCard, American Express, Discover
4. Cartões de Débito com o logótipo Visa ou MasterCard
5. Cheque Bancário
6. Cheques Pessoais
7. Transferência bancária

E. Plano de Acordos Financeiros para Hospitais Os acordos financeiros podem ser estabelecidos mediante solicitação. Deve ser efetuado um depósito mínimo e o saldo subsequente pode ser colocado num plano de pagamento sem juros.

F. Acordos Financeiros para Contas com Saldos Pendentes Todos os acordos serão iniciados usando o formulário de Pagamento do Acordo Financeiro. Todos os formulários preenchidos devem ser distribuídos da seguinte forma:

-Uma cópia vai para o paciente, se solicitado. (Acordo Financeiro para Paciente Ambulatório, Inglês) (Acordo Financeiro para Paciente Ambulatório, Espanhol) e (Acordo Financeiro para Paciente Internado, Inglês) (Acordo Financeiro para Paciente Internado, Espanhol ou Coreano)

O acordo financeiro será revisto na íntegra com o paciente/fiador. A seção seguinte aparecerá no contrato:

“Reconheço que o não cumprimento de obrigações, conforme definido no plano de pagamento, fará com que a HMM Hospitals Corporation envie a minha conta para cobranças. Também reconheço que, se este contrato for inadimplente, quaisquer taxas com desconto acordadas reverterão para as cobranças completas” e “ Todas as cobranças no momento do registro são estimadas e baseadas num plano de tratamento médico e estão sujeitas a alterações. Por favor, tenha em atenção que a nenhum indivíduo qualificado para FAP será cobrado mais que os AGB ”

G. Programas de Assistência Financeira - Medicaid de Nova Jérсия ou Cuidados de Caridade

Todos os pacientes que não puderem pagar as taxas de Assistência Compassiva dos Hospitais serão encaminhados inicialmente para um Conselheiro Financeiro. Se o Conselheiro Financeiro não conseguir autorizar o paciente, este será encaminhado para a Unidade de Assistência Financeira. Esta unidade determinará se o paciente se qualifica para um dos programas de direitos.

H. Política Internacional de Pacientes (Pacientes Estrangeiros):

Definição de Paciente Internacional em Hospitais:

Os pacientes que residem atualmente num país estrangeiro e viajam para os EUA para receber tratamento na HMM Hospitals Corporation de serviços específicos. Estes serviços são pré-estabelecidos e NÃO estão sujeitos às disposições de Assistência Financeira descritas nesta política

Todos os pacientes internacionais que pré-agendarem uma visita a Hospitais de países estrangeiros para receber tratamento médico previamente acordado receberão uma taxa de reembolso aprovada por serviços que incluem, mas não se limitam a:

- Cardiologia
- Programas de Transplante de Órgãos
- Oncologia
- Ortopedia
- Procedimentos de Urologia

Estes pacientes serão pré-agendados para estas visitas, altura em que serão feitas as providências para uma transferência bancária de fundos (incluindo o número de telefone de transferência bancária) para cobrir o tratamento. A transferência bancária de fundos deve ser realizada cinco (5) dias úteis antes da visita do paciente aos Hospitais. Qualquer parte do pagamento antecipado que não for usado será reembolsada.

III. Candidatura a Assistência Financeira

a. Idiomas disponíveis

A FAP do Centro Médico, a Candidatura e o Resumo de Linguagem Simples ("PLS") estão disponíveis em inglês e no idioma principal de populações com proficiência limitada em inglês ("LEP") que constituem o menor número de 1000 indivíduos ou 5% da área de serviços primários dos hospitais. Estes documentos estão disponíveis no site dos Hospitais e são gratuitos, mediante solicitação.

b. Ver e Imprimir informações no site dos Hospitais

Site: Podem visualizar-se informações sobre assistência financeira online no seguinte site:
<https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

c. Candidatura

Pode ser solicitada assistência financeira preenchendo uma cópia em papel da candidatura. A candidatura em papel está disponível gratuitamente através de qualquer um dos seguintes métodos:

a) Por Correio: Ao escrever para o seguinte endereço e solicitando uma cópia em papel da candidatura a assistência financeira:

- HUMC patients 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601,
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047,
- Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center e Raritan Bay Medical Center - 1945 Route 33, Neptune NJ, 07753

b) Pessoalmente: Ao passar pessoalmente pelo Departamento de Assistência Financeira (de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 16:00), localizado no seguinte endereço:

- HUMC, 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047
- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733,
- Meridian Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Jane H Booker Family Health Center, Neptune, NJ, 07753
- Booker Behavioral Health Center, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Behavioral Health Center, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

c) Por Telefone: O Departamento de Assistência Financeira pode ser contactado através do número (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC ou (732) 902-7080 para todos os outros locais

d. Período de Candidatura:

Um indivíduo tem dois anos a partir da data em que recebe a primeira declaração de faturação pós-alta para se candidatar a assistência financeira. As candidaturas incompletas não são consideradas, mas os candidatos são notificados e têm a oportunidade de fornecer a documentação/ informação em falta.

e. Candidaturas Concluídas:

Por favor, envie todas as candidaturas preenchidas para o Departamento de Assistência Financeira (consulte o endereço acima, também listado nas declarações de faturação). Somente os dados fornecidos pelo solicitante serão utilizados na aprovação da assistência financeira.

ANEXO A: Calendário de Cobranças a Pacientes da HMH Hospitals Corporation - para serviços de hospitalização e de tratamento ambulatorio

Os hospitais fornecem declarações de faturação para os serviços prestados após o processamento do pedido pela seguradora. Os saldos após o seguro incluem o seguinte:

1. Auto-pagamento (paciente sem seguro)
2. Auto-pagamento após o Seguro (o seguro cumpriu a sua responsabilidade, o saldo restante é da responsabilidade do paciente)
3. Cuidados de Caridade dos Hospitais (assistência solidária - encargos com desconto)
4. Auto-pagamento após Medicare (responsabilidade do paciente, conforme definido pela Medicare).

No caso de pacientes sem seguro, é enviada uma declaração aproximadamente quatro dias após a alta ou a data do serviço.

Ciclo da declaração de faturação fora do âmbito da Medicare – O ciclo total de faturação é de 62 dias antes de o saldo ser enviado para o departamento de cobranças. É enviada uma fatura aos pacientes depois de a seguradora ter cumprido a sua parte. Deve ser recebido o pagamento integral até à data de vencimento indicada na declaração de faturação. Se o total de dívidas vencidas não for recebido até à data de vencimento, o paciente continuará a receber declarações de faturação subsequentes (até três no total). Se o pagamento não for recebido, será enviada uma carta de pré-cobrança final ao paciente solicitando o pagamento no prazo de dez dias. A conta será encaminhada para uma Agência de Cobrança se ainda assim o pagamento não for recebido.

Ciclo da declaração de faturação no âmbito da Medicare – O ciclo total de faturação é de 120 dias antes de o saldo ser enviado para o departamento de cobranças. É enviada uma fatura aos pacientes após o pagamento do Medicare e de quaisquer seguros secundários. Deve ser recebido o pagamento integral até à data de vencimento indicada na declaração de faturação. Se o total de dívidas vencidas não for recebido até à data de vencimento, o paciente continuará a receber declarações de faturação subsequentes (até quatro no total). Se o pagamento não for recebido, será enviada uma carta de pré-cobrança final ao paciente solicitando o pagamento no prazo de dez dias. A conta será encaminhada para uma Agência de Cobrança se ainda assim o pagamento não for recebido. Se, a qualquer momento dentro do período de 120 dias, for feito um pagamento parcial, são concedidos mais 120 dias antes de o saldo ser enviado para o departamento de cobranças.

O endereço para pagamento dos pacientes é o seguinte:

- Hackensack University Medical Center, P.O. Box 48027, Newark NJ 07101-4827
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047
- Jersey Shore University Medical Center, Neptune, NJ, Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Ocean Medical Center, Brick, NJ, Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Riverview Medical Center, Red Bank, NJ, Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Southern Ocean Medical Center, Manahawkin, NJ, Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Bayshore Medical Center, Holmdel, NJ, Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Meridian Family Health Center, Neptune, NJ, 07753 Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Jane H Booker Family Health Center, Neptune, NJ, 07753 Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Booker Behavioral Health Center, Shrewsbury, NJ, Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Parkway 100 Behavioral Health Center, Neptune, NJ P.O. Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ. Box 416765, Boston, MA 02241-6765

Os pacientes que queiram saber o montante do seu saldo podem contactar o Serviço de Apoio ao Cliente através do (551) 996-3355 HUMC, (201) 854-5092 PMC ou (732) 776-4380 em todos os outros locais.

As **Medidas de Cobrança Extraordinárias (ECA)** incluirão, mas não se limitam ao seguinte: aplicação de penhoras na propriedade de um indivíduo, execução hipotecária da propriedade de uma pessoa, apreender ou anexar uma conta bancária de uma pessoa ou qualquer outra propriedade pessoal, iniciar uma ação civil contra uma pessoa, causar a prisão do indivíduo e penhora do salário de um indivíduo. As Medidas de Cobrança Extraordinárias são regidas pelos seguintes períodos de tempo e serão iniciadas somente após esforços razoáveis para determinar se o paciente é elegível para FAP.

1. *Período de notificação:* Os hospitais notificarão o indivíduo sobre a Política de Cobrança, Pagamento e Assistência Financeira antes de iniciar quaisquer medidas de cobrança extraordinárias para obter pagamentos e abster-se de iniciar quaisquer medidas de cobrança extraordinárias durante pelo menos 120 dias a partir da data em que o paciente receber a primeira declaração de faturação pós-alta por cuidados de saúde recebidos.

2. *Período de Candidatura:* Um indivíduo tem dois anos a partir da data em que recebe a primeira

declaração de faturação pós-alta para enviar uma candidatura. Se a qualquer momento, dentro do período de candidatura for enviada uma candidatura, as ECA serão suspensas.

3. Tempo de espera para medidas de cobrança extraordinárias: Os hospitais devem fornecer ao paciente um aviso prévio mínimo de trinta (30) dias antes de iniciar quaisquer medidas de cobrança extraordinárias.

ANEXO B: Prestadores de cuidados de saúde por Departamento que fornecem serviços de cuidados de saúde de emergência ou outros serviços de cuidados de saúde medicamente necessários na instalação hospitalar

HUMC

Departamento/Entidade/Grupo	Abrangido pela Política de Assistência Financeira
	Atualizado a 31/12/2018
Anestesiologia	Não
Centro de Oncologia	Não
Odontologia	Não
Medicina de Emergência	Não
Medicina Familiar	Não
Medicina Interna	Não
Neurocirurgia	Não
Obstetrícia e Ginecologia	Não
Oftalmologia	Não
Cirurgia Ortopédica	Não
Otorrinolaringologia	Não
Patologia	Não
Pediatria	Não
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	Não
Podologia	Não
Psiquiatria e Medicina Comportamental	Não
Oncologia por Radiação	Não
Radiologia	Não
Medicina de Reabilitação	Não
Cirurgia	Não
Urologia	Não
Hospitalistas	Não
Serviços Laboratoriais	Não

Departamento/Entidade/Grupo	Abrangido pela Política de Assistência Financeira					
	Atualizado a 31/12/2018					
	JSUMC	OMC	RMC	SOMC	BMC	RBMC
Anestesiologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Odontologia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Medicina de Emergência	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Consultório de Família	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Medicina	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Obstetrícia e Ginecologia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Oftalmologia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Ortopedia	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Patologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Pediatria	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Psiquiatria	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Oncologia por Radiação	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Radiologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cirurgia	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Palisades Medical Center Atualizado a 31/12/2018

Departamento/Entidade/Grupo	Abrangido pela Política de Assistência Financeira
Anestesiologia	Não
Medicina de Emergência	Não
Patologia	Não
Radiologia	Não
Hospitalistas	Não
Intensivistas	Não
Cardiologia	Não

“Não” - Os membros deste departamento não seguem as práticas da Política de Assistência Financeira de Hospitais. Por favor, entre em contacto com os seus escritórios para confirmar a sua participação. Os membros do Meridian Medical Group participam nos FAP dos Hospitais e são membros dos departamentos de Medicina, Oncologia, Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria.

Ver as informações do prestador no site dos Hospitais

A. Site: Podem visualizar-se informações sobre prestadores online no seguinte site: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

B. Lista de prestadores Pode obter-se uma cópia em papel da lista de prestadores através de qualquer um dos seguintes métodos:

a) Por Correio: Ao escrever para o seguinte endereço e solicitando uma cópia em papel:

- HUMC patients 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601,
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047,
- Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center e Raritan Bay Medical Center -

1945 Route 33, Neptune NJ, 07753

b) Pessoalmente: Ao passar pessoalmente pelo Departamento de Assistência Financeira (de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 16:00), localizado no seguinte endereço:

- HUMC, 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047
- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733,
- Meridian Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Jane H Booker Family Health Center, Neptune, NJ, 07753
- Booker Behavioral Health Center, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Behavioral Health Center, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

c) Por Telefone: O Departamento de Assistência Financeira pode ser contactado pelo (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC ou (732) 902-7080 para todas as outras instalações