

HackensackUMC Pascack Valley Medical Center

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Data de vigência: 1º de janeiro de 2017

POLÍTICA/PRINCÍPIOS

A política de HackensackUMC Pascack Valley Medical Center (a “Organização”) é garantir uma prática socialmente justa para o fornecimento de atendimento de emergência ou outro atendimento clinicamente necessário nas instalações da Organização. A presente política foi concebida especificamente para abordar a elegibilidade para a assistência financeira de pacientes que necessitem assistência financeira e recebam atendimento da Organização.

1. Toda a assistência financeira refletirá o nosso compromisso com o bem comum, a nossa preocupação especial com pessoas que vivam em pobreza ou outras situações vulneráveis, assim como o nosso compromisso com o bom gerenciamento.
2. A presente política se aplica a todos os atendimentos de emergência ou outros serviços de saúde clinicamente necessários fornecidos pela Organização, incluindo serviços de médicos e profissionais de saúde comportamental contratados. A presente política não se aplica a acordos de pagamento para procedimentos eletivos ou outro atendimento que não seja de emergência ou de outra forma clinicamente necessário.
3. A lista de provedores cobertos pela Política de Assistência Financeira apresenta uma lista de quaisquer provedores que forneçam atendimento dentro das instalações da Organização, especificando quais são cobertos pela Política de Assistência Financeira e quais não são.

DEFINIÇÕES

As seguintes definições são aplicáveis para os fins da presente política:

- “**501(r)**” significa a Seção 501(r) do Código da Receita Federal dos EUA e as normas promulgadas de acordo com a mesma.
- “**Valor geralmente faturado**” ou “**AGB**” significa, com respeito a atendimento de emergência ou outro atendimento clinicamente necessário, o montante geralmente cobrado de indivíduos que tenham seguro que cubra tal atendimento.
- “**Comunidade**” significa a área geográfica do Estado de Nova Jersey.
- “**Atendimento de emergência**” significa parto ou um quadro clínico de tal gravidade que se poderia razoavelmente esperar que a ausência de atendimento médico imediato resultaria em um grave risco para a saúde do paciente (ou feto), grave comprometimento das funções corporais e ou grave disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo.
- “**Atendimento clinicamente necessário**” significa um atendimento que se determine que seja clinicamente necessário após a determinação do mérito clínico por um médico licenciado em consulta com o médico que realizou a internação.
- “**Organização**” significa o HackensackUMC Pascack Valley Medical Center.
- “**Paciente**” significa aquelas pessoas que recebam atendimento de emergência ou atendimento de saúde clinicamente necessário na Organização e a pessoa que for

financeiramente responsável pelo tratamento do paciente.

Assistência financeira fornecida

1. Pacientes com renda inferior ou igual a 200% do Nível de Pobreza Federal (“FPL”) serão elegíveis para uma dedução de atendimento de caridade de 100% sobre a porção das tarifas do atendimento pelas quais o paciente for responsável após o pagamento por qualquer seguradora, se houver.
2. Pacientes com renda superior a 200% do Nível de Pobreza Federal (“FPL”) serão elegíveis para assistência de caridade com base nos seguintes critérios:

Critérios de renda

<u>Diretrizes de Renda de Pobreza do Departamento de Saúde e Serviços Humanitários (HSS)</u>	<u>Porcentagem das tarifas Pagas pelo paciente</u>
Menor ou igual a 200%	0%
Acima de 200%, mas menor ou igual a 225%	20%
Acima de 225%, mas menor ou igual a 250%	40%
Acima de 250%, mas menor ou igual a 275%	60%
Acima de 275%, mas menor ou igual a 300%	80%
Acima de 300%	100%

3. Se os pacientes no nível de 20% a 80% da tabela progressiva forem responsáveis por despesas médicas diretas qualificadas acima de 30% da própria renda bruta anual (ou seja, faturas não pagas por outras partes), então o valor acima de 30% é considerado como assistência de pagamento para atendimento hospitalar.
4. A elegibilidade para assistência financeira pode ser determinada em qualquer momento do ciclo de renda e pode incluir o uso de classificação presumida para a determinação de elegibilidade, apesar da falta do preenchimento de uma requisição de assistência financeira (“Requisição de FAP”) pelo requerente.
5. A elegibilidade para assistência financeira deve ser determinada para qualquer saldo pelo qual o paciente com necessidades financeiras for responsável.

Programa de atendimento de caridade:

- O Programa de assistência para pagamento de atendimento hospitalar de Nova Jersey (Assistência para atendimento de caridade) é o atendimento gratuito ou com tarifas reduzidas fornecido a pacientes que recebam serviços para pacientes internados e ambulatoriais em hospitais de tratamento de emergência em todo o Estado de Nova Jersey. A assistência hospitalar e o atendimento com tarifas reduzidas estão disponíveis apenas para atendimento hospitalar necessário. Alguns serviços, tais como honorários médicos, honorários de anestesia, interpretação radiológica e receitas médicas ambulatoriais são separados das tarifas hospitalares e podem não ser elegíveis para a redução.

- A fonte de financiamento para a assistência para pagamento de atendimento hospitalar é através do Fundo de Subsídios de Atendimento de Saúde administrado de acordo com a Lei Pública 1997, Capítulo 263.

Outra assistência para pacientes não elegíveis para a assistência financeira

Pacientes que não sejam elegíveis para a assistência financeira, conforme descrita anteriormente, ainda podem estar aptos para outros tipos de assistência oferecidos pela Organização. Para fins de abrangência, esses outros tipos de assistência são apresentados aqui, embora não sejam baseados na necessidade e não tenham a intenção de estar sujeitos à 501(r), mas são incluídos no presente para a conveniência da comunidade atendida pelo HackensackUMC Pascaack Valley Medical Center.

1. Pacientes não segurados que não sejam elegíveis para a assistência financeira receberão uma tarifa com desconto com base nos seguintes critérios:
 - (a) Procedimentos em pacientes internados: 100% da tarifa do Medicare
 - (b) Consultas no pronto-socorro: 115% da tarifa do Medicare
 - (c) Pacientes ambulatoriais eletivos: 200% da tarifa do Medicare
 - (i) Procedimentos obstétricos e cosméticos possuem tabelas de tarifas estabelecidas para o pagamento individual e não estão sujeitos à tarifa baseada no reembolso do Medicare.

Limitações sobre as tarifas para pacientes elegíveis para a assistência financeira

Pacientes elegíveis para a assistência financeira não terão uma tarifa individual acima do AGB por atendimento de emergência e outro atendimento clinicamente necessário e não acima das tarifas brutas para todos os outros atendimentos médicos. A Organização calcula uma ou mais porcentagens do AGB utilizando o método retrospectivo e incluindo o valor da tarifa por serviço do Medicare e todas as seguradoras de saúde particulares que paguem pedidos de indenização para a Organização, tudo de acordo com a 501(r). Uma cópia gratuita da descrição do cálculo e porcentagens do AGB pode ser obtida mediante solicitação em qualquer setor de internação. Os pacientes também podem solicitar uma cópia gratuita do cálculo e da porcentagem do AGB pelo correio, ligando para Serviços Financeiros aos Pacientes pelo número (201) 383-1043 para solicitar que uma cópia seja enviada para o endereço de correspondência do paciente.

Requisição de assistência financeira e outra assistência

Um paciente pode se qualificar para a assistência financeira através da elegibilidade pela classificação presumida ou requisitando assistência financeira através da apresentação de um formulário de requisição de FAP preenchido. A requisição de FAP e as instruções para a requisição de FAP serão fornecidas conforme solicitado pelo paciente no momento do atendimento. Se um paciente desejar fazer a requisição de assistência financeira após o(s) dia(s) do atendimento, o paciente pode ter acesso à requisição de FAP e às instruções para a requisição de FAP e imprimi-las diretamente no site do HackensackUMC de Pascaack Valley. Os pacientes também podem solicitar uma cópia da requisição de FAP e as instruções para a requisição de FAP pelo correio. Para solicitar uma cópia dos documentos pelo correio, os pacientes devem ligar para o Departamento de Serviços Financeiros aos Pacientes pelo número (201) 383-1043.

Em cada um dos locais acessíveis mencionados anteriormente, a requisição de FAP e as instruções para a requisição de FAP estão disponíveis em inglês e espanhol.

Prazos para a cobrança ao paciente – atendimento em internação e ambulatorial

HackensackUMC Pascaack Valley Medical Center fornece faturas de cobrança pelo atendimento prestado depois que o seguro tenha processado o pedido de indenização ou imediatamente para pacientes sem seguro.

O saldo pelo qual o paciente é responsável inclui o seguinte:

- Pagamento individual (paciente sem seguro)
- Pagamento individual após o seguro (o seguro cumpriu a sua responsabilidade, com o saldo restante sendo responsabilidade do paciente)
- Atendimento de caridade (tarifas com desconto com base nas porcentagens de caridade)
- Pagamento individual após o Medicare (responsabilidade do paciente conforme definida pelo Medicare)

Ciclo de faturas

Para todos os pacientes, uma fatura é enviada pelo correio aproximadamente cinco dias depois que o paciente se tornar responsável pelo saldo.

O ciclo de faturação completo de todos os pacientes é de 120 dias antes que o saldo seja enviado para o departamento de cobrança. Uma fatura é enviada para o paciente depois que o seguro tiver pago a sua parte, se aplicável. Se o total da responsabilidade devida pelo paciente não for pago até a data de vencimento, o paciente continuará a receber faturas subsequentes (até 5 no total). Se o pagamento ainda não for recebido, a conta será enviada para uma agência de cobrança.

Pacientes que tenham perguntas a respeito do próprio saldo podem ligar para o atendimento ao cliente pelo número (866) 525-5557, para saber se poderiam se qualificar para um acordo de pagamento. Pacientes que não possam pagar podem entrar em contato com o nosso escritório de Assistência Financeira pelo número (201) 383-1043.

Provedores por departamento que fornecem atendimento de emergência ou outros serviços de saúde clinicamente necessários dentro das instalações hospitalares

Departamento/entidade/grupo	Coberto pela Política de Assistência Financeira?
Departamento de Anestesia	Não
Departamento de Medicina de Emergência	Não
Departamento de Medicina	Não
Departamento de Obstetrícia e Pediatria	Não
Departamento de Cirurgia	Não

Departamento de Radiologia	Não
Departamento de Cardiologia	Não