

HackensackUMC Mountainside Medical Center

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Entrada em vigor: 1º de janeiro de 2017

POLÍTICA/PRINCÍPIOS

É política do HackensackUMC Mountainside Medical Center (a “Organização”) assegurar uma prática socialmente justa para fornecer cuidados de emergência ou outro atendimento médico necessário nas dependências da Organização. Esta política é especificamente projetada para abordar a qualificação à assistência financeira para pacientes que tenham necessidade de assistência financeira e recebam atendimento por parte da Organização.

1. Toda a assistência financeira irá refletir nosso compromisso com o bem comum, nossa preocupação especial pelas pessoas vivendo na pobreza e outras condições vulneráveis, bem como nosso compromisso com a administração.
2. Esta política aplica-se a todos os cuidados de emergência ou outros serviços médicos necessários fornecidos pela Organização, incluindo serviços de médicos contratados e de saúde comportamental. Esta política não se aplica a acordos de pagamento por procedimentos eletivos ou outros atendimentos que não sejam de cuidados de emergência ou, de outra forma, serviços médicos necessários.
3. A Relação de Prestadores Cobertos pela Política de Assistência Financeira fornece uma lista de todos os prestadores que prestam serviços dentro das dependências da Organização especificando quais são cobertos pela política de assistência financeira e quais não são.

DEFINIÇÕES

Para as finalidades desta Política, aplicam-se as definições a seguir:

- “**501(r)**” significa Seção 501(r) do Código Tributário Federal e os regulamentos lá estabelecidos.
- “**Valor Geralmente Faturado**” ou “**Amount Generally Billed (AGB)**” significa, com relação à emergência ou outro cuidado médico necessário, o total geralmente faturado aos indivíduos que possuem seguro cobrindo tais atendimentos.
- “**Comunidade**” significa a área geográfica do Estado de New Jersey.
- “**Atendimento de emergência**” significa trabalho de parto ou uma condição de saúde de tal gravidade que a ausência de atenção médica imediata poderia razoavelmente colocar em risco a saúde do paciente (ou do feto), deficiência do funcionamento do organismo ou grave disfunção de um órgão ou parte do corpo.
- “**Cuidado Médico Necessário**” significa o atendimento considerado medicamente necessário após a avaliação clínica por um médico licenciado em conjunto com o médico responsável pela admissão.
- “**Organização**” significa o HackensackUMC Mountainside Medical Center.
- “**Paciente**” significa aquelas pessoas que recebem tratamento de emergência ou medicamente necessário na Organização e a pessoa responsável financeiramente pelo cuidado ao paciente.



Assistência Financeira Fornecida

1. Pacientes com renda abaixo ou igual a 200% do Nível Federal de Pobreza (Federal Poverty Level - “FPL”), estarão classificados para 100% de atendimento beneficente abatidos na parte dos custos dos serviços pelos quais o Paciente é responsável após o pagamento por uma seguradora, se houver.
2. Pacientes com renda acima de 200% do Nível Federal de Pobreza (Federal Poverty Level - “FPL”), estarão classificados para assistência beneficente com base nos critérios abaixo:

Crítérios de Renda

<u>Diretrizes da Renda como um Percentual da Renda da Pobreza HHS</u>	<u>Percentual do Custo Pago pelo Paciente</u>
menor ou igual a 200%	0%
maior que 200% mas menor ou igual a 225%	20%
maior que 225% mas menor ou igual a 250%	40%
maior que 250% mas menor ou igual a 275%	60%
maior que 275% mas menor ou igual a 300%	80%
maior que 300%	100%

3. Se os pacientes na escala decrescente de preços de 20% a 80% são responsáveis pelas despesas médicas qualificadas com recursos próprios acima de 30% de sua renda bruta anual (i.e. faturas não pagas por outras partes), então o valor acima dos 30% é considerado assistência para o pagamento do tratamento hospitalar.
4. A qualificação para assistência financeira pode ser determinada a qualquer momento no ciclo de receita e pode incluir o uso de pontuação presumida para determinar a qualificação, apesar de o solicitante não ter preenchido o pedido de assistência financeira (financial assistance application - FAP).
5. A qualificação para assistência financeira deve ser determinada para qualquer saldo de responsabilidade do Paciente com necessidades financeiras.

Programa Beneficente de Atendimento:

- O Programa de Assistência para Pagamento de Atendimento em Hospitais de New Jersey (Charity Care Assistance) tem tratamento gratuito ou reduzido, que é fornecido a pacientes que recebem serviços de internação ou ambulatoriais em hospitais de tratamento intensivo em todo o estado de New Jersey. Assistência hospitalar e tratamento a custo reduzido estão disponíveis apenas para tratamento hospitalar necessário. Alguns serviços como honorários médicos, honorários de anestesia, interpretação radiológica e prescrição de medicamentos para pacientes ambulatoriais são separados dos custos do hospital e podem não estar qualificados para um desconto.
- A fonte de financiamento para assistência ao pagamento de tratamento hospitalar é o Fundo de Subsídio à Assistência Médica administrado pela Public Law 1997, Capítulo 263.



Outros tipos de assistência para Pacientes não qualificados para Assistência Financeira

Pacientes que não estão classificados para assistência financeira, como descrito acima, ainda podem se qualificar para outros tipos de assistência oferecidos pela Organização. No interesse da integridade, esses outros tipos de assistência estão aqui relacionados, embora não sejam baseados na necessidade e não estejam sujeitos à 501(r), mas estão incluídos para a conveniência da comunidade atendida pelo HackensackUMC Mountainside Medical Center.

1. Pacientes sem seguro que não estão qualificados para assistência financeira receberão um desconto com base nos critérios abaixo:
 - (a) Procedimentos para pacientes internados, de emergência e de ambulatório: 115% da Tarifa Medicare
 - (i) Procedimentos obstétricos e cosméticos estabeleceram programas de taxas de pagamento próprias e não estão sujeitos a uma taxa baseada no reembolso do Medicare.

Limitação de Despesas para Pacientes qualificados para Assistência Financeira

Pacientes qualificados para Assistência Financeira não serão cobrados individualmente mais do que os valores geralmente faturados (AGB) por emergências e outros atendimentos medicamente necessários e não mais do que as despesas brutas por todos os outros cuidados médicos. A Organização calcula um ou mais percentuais de AGB utilizando o método “look-back” e incluindo a tarifa Medicare por serviço e todas as seguradoras que pagam reembolsos à Organização, tudo de acordo com a seção 501(r). Uma cópia gratuita da descrição e percentuais do cálculo dos valores geralmente faturados pode ser obtida sob solicitação em qualquer área de admissão. Os pacientes também podem solicitar uma cópia gratuita do cálculo e percentual do AGB por correio ou telefonando para Serviços Financeiros do Paciente (Patient Financial Services) no número (973) 429-6000, Ramal 5910 para pedir que uma cópia seja enviada ao endereço de correio do Paciente.

Inscrivendo-se para Assistência Financeira ou Outras Assistências

Um Paciente pode se qualificar para assistência financeira através da qualificação por pontuação presumida ou inscrevendo-se para assistência financeira apresentando uma Inscrição para Assistência Financeira (FAP) preenchida. A Inscrição para FAP e as instruções relacionadas estarão disponíveis a pedido do Paciente no momento do atendimento. Se um Paciente desejar se inscrever para assistência financeira após o(s) dia(s) de atendimento, ele pode acessar o formulário de inscrição e as instruções para FAP e imprimir diretamente do site do HackensackUMC Mountainside. Os pacientes também podem solicitar uma cópia da Inscrição para FAP e suas instruções por correio. Para solicitar uma cópia dos documentos por correio, os Pacientes devem telefonar para o departamento de Serviços Financeiros ao Paciente no número (973) 429-6000, Ramal 5910. Em cada localidade acessível supracitada, a Inscrição para FAP e suas instruções estão disponíveis em inglês e espanhol.

Cronograma de Cobrança ao Paciente – Serviços prestados a pacientes internados e de ambulatório

O HackensackUMC Mountainside Medical Center fornece extratos de faturamento por serviços prestados após o seguro ter processado o reembolso, ou imediatamente para pacientes sem seguro. Saldos de responsabilidade do paciente incluem o seguinte:



- Pagamento com recursos próprios (Paciente sem seguro)
- Pagamento com recursos próprios após o Seguro (o Seguro atendeu sua responsabilidade, sendo o saldo restante sendo responsabilidade do paciente)
- Programa Beneficente de Atendimento, Charity Care (Custos com desconto com base em percentuais beneficentes)
- Pagamento com recursos próprios após o Medicare (Responsabilidade do Paciente, conforme definido pelo Medicare)

Ciclo do Extrato de Pagamento

Para todos os pacientes, um extrato de pagamento é enviado pelo correio aproximadamente cinco dias após o saldo ter se tornado responsabilidade do paciente.

Todos os saldos pagos com recursos próprios – O tempo total do ciclo de faturamento é de 120 dias quando o saldo é enviado para cobrança. Um extrato é enviado ao paciente após o seguro ter quitado sua parte, se aplicável. Se o total devido de responsabilidade do paciente não for recebido até a data do vencimento, o paciente continuará a receber os extratos subsequentes (até o total de 5). Se o pagamento ainda não tiver sido feito, a conta será enviada para uma agência de cobrança.

Pacientes com dúvidas relativas ao seu saldo podem telefonar para o Atendimento ao Cliente no telefone (866) 525-5558 para verificar se estão qualificados para um acordo de pagamento. Pacientes incapazes de pagar podem entrar em contato com o escritório de Assistência Financeira no telefone (973) 429-6000 Ramal 5910.