

HMH Hospitals Corporation
Handbuch zu Verwaltungsrichtlinien

Richtlinie zur finanziellen Beihilfe Nr.: 1845

Inkrafttreten: Januar 2016, am 1. Januar 2018 zur Gründung der HMH Hospitals Corporation geändert und zusammengefasst

Zweck:

Bestimmung der geltenden Regeln zur Einziehung aller Kosten im Zusammenhang mit in Einrichtungen der HMH Hospitals Corporation (im Folgenden als „Hospitals“ bezeichnet) erbrachten Patientenversorgungsdienstleistungen sowie der Abläufe zur Interaktion zwischen Patienten, Bürge sowie dem Kundendienst und dem Rezeptionspersonal von Hospitals.

Die Einhaltung dieser Richtlinie wird zur Einheitlichkeit der Einnahmeneinziehung von Hospitals und Aufrechterhaltung der Reputation führen, für die Hospitals bekannt ist. Die Einhaltung dieser Richtlinie wird außerdem das Bewusstsein für finanziellen Beihilfeoptionen stärken, die berechtigten Patienten zur Verfügung stehenden, welche eine Notfallbehandlung oder sonstige medizinisch notwendige Versorgung benötigen, und die Abläufe umreißen, mit denen diese Patienten finanzielle Beihilfen beantragen können.

Der Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der Kommunikation mit unseren Patienten, der Verbesserung der Kostentransparenz, der Zahlungsziehung vor Dienstleistungserbringung sowie der erheblichen Verbesserung der Patientenbeziehungen und Öffentlichkeitsarbeit, indem unseren Patienten die Informationen zur Verfügung gestellt werden, die sie zum Verständnis der Kosten ihrer Versorgung benötigen. Darüber hinaus strebt Hospitals danach, den Zugang zu seinen Dienstleistungen durch Erleichterung des Zugangs zur Abdeckung seitens aller Mitglieder der Gemeinden zu verbessern.

HMH Hospitals Corporation:

Die HMH Hospitals Corporation (zu den medizinischen Zentren von Hospitals zählen Bayshore Medical Center, Hackensack University Medical Center, Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Palisades Medical Center, Raritan Bay Medical Center, Riverview Medical Center und das Southern Ocean Medical Center) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die medizinischen Bedürfnisse der Gemeinden zu erfüllen, denen sie dient. Für Hospitals' Mission ist eine solide Finanzpolitik von grundlegender und entscheidender Bedeutung, die sich für angemessene Kredit- und Einziehungsprotokolle sowie umfassende finanzielle Beihilfeoptionen einsetzt. Die HMH Hospitals Corporation pflegt eine Politik der Kostentransparenz durch Kommunikation finanzieller Verpflichtungen an seine Patienten vor Erbringung von Dienstleistungen, mit Ausnahme von Notfall- und Traumaversorgung. Die Richtlinie wird nach Maßgabe des Gesetzes des Bundesstaates New Jersey zur Regelung der medizinischen Wohlfahrt, P.L. 1992, Kapitel 160 (New Jersey Law governing Charity Care, P.L. 1992, Chapter 160) stets die finanzielle Lage der Patienten respektieren. und die Würde der Beteiligten wahren.

Bitte beachten Sie, dass Patienten mit notfallmedizinischen Beschwerden gemäß dem Gesetz zu medizinischer Notfallbehandlung und aktiver Arbeit von 1986 (Emergency Medical Treatment & Active Labor Act of 1986, EMTALA) ohne Ansehen ihrer Zahlungsfähigkeit untersucht und stabilisiert werden. Dienstleistungen dieser Art werden aus keinerlei Gründen verzögert, verweigert oder in anderer Weise bedingt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Anfragen in Verbindung mit Zahlungen. *Siehe Verwaltungsrichtlinie 558-1, Krankentransport und Gesetz zu medizinischer Notfallbehandlung und aktiver Arbeit (Administrative Policy 558-1, Patient Transfer and Emergency Medical Treatment & Active Labor Act (EMTALA)).*

I. Vorabzeichnungen – Allgemeine Patientenpopulation

Richtlinie:

Im Sinne dieser Richtlinie ist der „Selbstzahleranteil“ für versicherte Patienten als der Betrag definiert, der vom Patienten (und/oder Bürgen) für alle Konten nach Definition des Kunden geschuldet wird. Der Begriff „Selbstzahleranteil des nicht versicherten Patienten“ ist als unser „Compassionate Care“-Satz definiert. Der Begriff „Einrichtung“ bezeichnet Kosten für die „Nutzung dieser Einrichtung“ und nicht Kosten für die Arztpraxis oder Arztkosten. Der Begriff „Kostenanteil“ bezeichnet einen abzugsfähigen, mitversicherten oder zuzuzahlenden Betrag

Allgemein haften ein Patient und/oder Bürge unter den folgenden Umständen als Selbstzahler:

- A. Der Patient hat keinen Krankenversicherungsschutz für Dienstleistungen der Einrichtungen.
- B. Der Patient hat einen Krankenversicherungsschutz für Dienstleistungen der Einrichtungen, doch die zu erbringende Dienstleistung ist nicht von seiner Krankenversicherung abgedeckt (Beispiel kosmetische Chirurgie).
- C. Der Patient ist krankenversichert, doch bei Bestätigung des Krankenversicherungsschutzes wird festgestellt, dass der Patient einen Teil des fälligen Kostenbetrages tragen muss. Dieser Betrag kann in Form eines Jahresselbstbehalts, einer geltenden Mitversicherung oder einer Zuzahlung für in Einrichtungen erbrachte Dienstleistungen erbracht werden.
- D. Der Patient muss einen Aufschlag für Dienstleistungen außerhalb des Netzwerks zahlen (Hospitals ist kein Teilnehmer eines bestimmten Netzwerks). Dieser Aufschlag wird Zahlern auferlegt, wenn ein Patient von einer Einrichtung und/oder einem Arzt behandelt wird, der nicht Teil des Netzwerks ist. Die Höhe des Aufschlags hängt von der Abdeckung für Krankenhausbehandlungen des Patienten ab. Zur Verbesserung der Transparenz bei Gesundheitsdienstleistungen außerhalb des Netzwerks legt Hospitals den Patienten gegenüber offen, ob die Einrichtung hinsichtlich des Behandlungsplans des Patienten zum Netzwerk gehört oder nicht. Außerdem wird Hospitals Patienten darauf hinweisen, dass für den Fall, dass die Einrichtung zum Netzwerk gehört, dem Patienten keine Auslagen mit Ausnahme, der üblicherweise bei Eingriffen innerhalb des Netzwerks anfallenden entstehen, sofern der Patient nicht willentlich, freiwillig und speziell einen nicht zum Netzwerk gehörenden Anbieter zur Erbringung auswählt. Hospitals informiert Patienten weiterhin, dass der Patient bei einer nicht zum Netzwerk gehörenden Einrichtung eine finanzielle Haftung übernimmt, die für bei einer nicht zum Netzwerk gehörenden Einrichtung erbrachte Gesundheitsdienstleistungen gilt.
- E. Der Patient hat seinen Krankenversicherungsschutz für den derzeitigen Leistungszeitraum (Bezugsjahr, Kalenderjahr und/oder lebenslanger Höchstbetrag) bereits ausgeschöpft.

Falls ein Patient/Bürge Krankenversicherungsschutz für Einrichtungen besitzt, sind zur Festlegung und/oder Einziehung von Selbstzahlersaldi die folgenden Richtlinien anzuwenden:

A. Abzugsfähiger Medicare-Betrag (Medicare Inpatient Deductible) - Der abzugsfähige Medicare-Betrag für stationäre Patienten 2018 liegt bei 1340,00 USD.

B. Medicare-Mitversicherung für ambulante Patienten (Medicare Outpatient Coinsurance)

Ist der Patient nicht durch eine Zweit- oder Zusatzversicherung geschützt, so ist der Mitversicherungsbetrag nach Maßgabe der Hospitals APC-Zahlungsplans einzuziehen. Der betreffende Betrag steht in der Spalte „Coinsurance“ (Mitversicherung). Falls die erbrachte Dienstleistung nicht in der APC-Liste enthalten ist, schlagen Sie bitte beim entsprechenden Medicare-Kostenplan auf Grundlage der erbrachten Dienstleistung nach (Rehabilitationsmedizin, Mammogramm, Notarztwagen/Krankenwagen, klinisches Labor, Diabetesschulung usw.)

Bitte informieren Sie den Leistungsempfänger, dass es sich dabei um eine voraussichtliche Auslage handelt. Ist die Verbindlichkeit höher, wird dem Patienten der Saldo in Rechnung gestellt. Ist sie geringer als der eingezogene Betrag, wird dem Patienten der Mehrbetrag zurückgezahlt.

C. Medicaid

Im Allgemeinen gibt es für die abgedeckten Dienstleistungen keine Auslagen durch den Empfänger/Patienten. Auf Grundlage des durch Medicaid-Abdeckungsniveaus können jedoch Auslagen für Mitversicherung und/oder eine nicht abgedeckte Dienstleistung anfallen.

D. Blue Cross und Blue Shield Coverage

Bestätigen Sie die Verpflichtung oder Auslagen/Kosten des Patienten durch elektronische Überprüfung (RTE - Real Time Eligibility (Echtzeitberechtigung) oder Zahler-Internetseite) oder durch Kontaktaufnahme mit dem Blue Cross. Bestätigen Sie, ob eine Patientenverpflichtung und/oder eine nicht abgedeckte Dienstleistung vorliegt. Stellen Sie den Betrag des Kostenanteils fest und informieren Sie den Patienten. Der Zuzahlungsbetrag für das **Notfalltraumazentrum („ETC“, Emergency Trauma Center)** muss per RTE-Berechtigungsbestätigung oder Zugriff auf die Zahler-Internetseite bestätigt werden. Ist eine Bestätigung per RTE oder Zahler-Internetseite nicht möglich, ist der Zuzahlungsbetrag auf der Krankenversicherungskarte des Patienten vermerkt. Wenden Sie sich als letzte Maßnahme direkt an den betreffenden Zahler.

E. Gewerbliche und Managed Care-Zahler

Bestätigen Sie die Verpflichtung oder Auslagen/Kosten des Patienten durch elektronische Überprüfung (RTE oder Zahler-Internetseite) oder durch Kontaktaufnahme mit dem Zahler. Bestätigen Sie, ob eine Patientenverpflichtung und/oder eine nicht abgedeckte Dienstleistung vorliegt. Stellen Sie den Betrag des Kostenanteils fest und informieren Sie den Patienten. Der ETC-(Notfalltraumazentrum)-Zuzahlungsbetrag muss per RTE-Berechtigungsbestätigung oder Zugriff auf die Zahler-Internetseite bestätigt werden. Ist eine Bestätigung per RTE oder Zahler-Internetseite nicht möglich, ist der Zuzahlungsbetrag auf der Krankenversicherungskarte des Patienten vermerkt. Wenden Sie sich als letzte Maßnahme direkt an den betreffenden Zahler.

1. Wahlweise aufgenommene stationäre Patienten, Tageschirurgie und ambulante Patienten im Bett (geplante Besuche)

a. Patienten mit oder ohne Versicherung müssen finanziell freigegeben werden:

- i. Vor oder am Tag der Untersuchung vor Aufnahme, oder
- ii. Nicht später als 12:00 Uhr mittags drei (3) Werkzeuge vor dem Eingriff

Der Begriff „finanziell freigegeben“ bezeichnet Versicherungsbestätigung, die Einziehung aller Auslagen für alle Patienten und die Einholung der erforderlichen Vorzertifizierungen, Genehmigungen und/oder Überweisung für versicherte Patienten. Für versicherte Patienten können Auslagen auch abzugsfähige, mitversicherte und Zuzahlungsbeträge sowie Kosten umfassen, die nicht abgedeckt sind (nicht abgedeckte Eingriffe). Für nicht versicherte Patienten unterliegen Auslagen dem „Compassionate Care“-Satz der HMH Hospitals Corporation.

Falls ein Patient innerhalb des genannten Zeitrahmens nicht finanziell freigegeben ist, wird der Klinikleiter oder Administrator des Versorgungsbereichs benachrichtigt und trifft anschließend eine Entscheidung hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit der Beschwerden des Patienten angesichts des Eingriffs/Tests.

b. Vorstationär

Die HMH Hospitals Corporation registriert, wenn möglich alle Wahlleistungen im Voraus. Die Zahlungsart muss vor Aufnahme des Patienten festgelegt werden, einschließlich Selbstzahleranteilen und ausstehender Saldoforderungen. Finanzielle Beurteilungen erfolgen vor dem terminierten Eingriff

des Patienten. Falls nötig, wird vor dem terminierten Eingriff des Patienten ein Finanzierungsvertrag auf Grundlage der in dieser Richtlinie ab Abschnitt II (E) umrissenen Zahlungsalternativen abgeschlossen.

2. Wahlweise Selbstzahlung ambulanter Patienten

Patienten mit oder ohne Versicherung dürfen nicht später als 12:00 Uhr mittags drei (3) Werktage vor dem Eingriff finanziell freigegeben werden.

Der Begriff „finanziell freigegeben“ bezeichnet Versicherungsbestätigung, die Einziehung aller Auslagen für alle Patienten und die Einholung der erforderlichen Vorzertifizierungen, Genehmigungen und/oder Überweisung für versicherte Patienten. Für versicherte Patienten können Auslagen auch abzugsfähige, mitversicherte und Zuzahlungsbeträge sowie Kosten umfassen, die nicht abgedeckt sind (nicht abgedeckte Eingriffe). Auslagen nicht versicherter Patienten unterliegen dem Pflegesatz der HMM Hospitals Corporation.

Falls ein Patient innerhalb des genannten Zeitrahmens nicht finanziell freigegeben ist, wird der Klinikleiter oder Administrator des Versorgungsbereichs benachrichtigt und trifft anschließend eine Entscheidung hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit der Beschwerden des Patienten angesichts des Eingriffs/Tests.

3. Dringende Aufnahmen/Transporte/Sofortaufnahmen stationärer Patienten Leistungsberechtigung und Bestätigung finden bei Patienten, die als dringende Fälle, Transporte oder Sofortaufnahmen aufgenommen werden, bei der Aufnahme statt.

4. Notfalltraumazentrum (ETC, Emergency Trauma Center, ETC)

Die HMM Hospitals Corporation setzt die Untersuchung und Behandlung der Beschwerden des Patienten fort, bevor finanzielle Zahlungsvereinbarungen jeder Art besprochen werden. Die HMM Hospitals Corporation verweigert keine Dienstleistungen im ETC. Nachdem bestätigt ist, dass der Patient untersucht und stabilisiert wurde, und nachdem die Genehmigung des Klinikarztes des Patienten eingeholt wurde, wird der Patient angesprochen, um zu versuchen, die in die Verpflichtung des Patienten fallenden Auslagen einzuziehen.

Die HMM Hospitals Corporation berechnet sämtliche Gesundheitsvorsorgeleistungen einschließlich Medicare, Medicaid und Drittzahlern nach Bestätigung der Berechtigung.

5. Managed Care-Verträge – Versicherte Patienten Die HMM Hospitals Corporation unterhält bestimmte Managed Care-Verträge. Die Verpflichtung des Patienten wird durch den Drittzahler bestimmt. Der Dollarbetrag wird unter Verwendung des mit dem Zahler vereinbarten Satzes berechnet.

Für weitere Informationen zum Einziehungsvorgang und zur Einhaltung von §501(r)(6) des US-Steuergesetzes (Internal Revenue Code) siehe bitte Anhang A dieser Richtlinie zum Einziehungszeitplan für Hospitals-Patienten.

II. Richtlinie zur finanziellen Beihilfe

Zu Fällen mit Behandlung anspruchsberechtigter Kinder oder Medicaid-Patienten siehe bitte *Verwaltungsrichtlinie 1846, Richtlinie zur finanziellen Beihilfe (Medizinische Wohltätigkeit/Behandlung von Kindern/Medicaid) (Administrative Policy 1846, Financial Assistance Policy (Charity Care/Kid Care/Medicaid).*

Bitte beachten Sie, dass nicht alle in den Einrichtungen von Hospitals angebotenen Dienstleistungen von dieser Richtlinie abgedeckt sind. Siehe Anhang B für eine Liste von Anbietern nach Abteilung, die Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Dienstleistungen innerhalb der Krankenhauseinrichtung anbieten. Dieser

Anhang führt aus, welche Anbieter von dieser Richtlinie abgedeckt werden und welche nicht. Die Anbieterliste wird vierteljährlich überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

A. Hospitals „Compassionate Care“-Rabattrichtlinie Bei Anwendung des „Compassionate Care“-Rabatts auf ein Konto beruht der fällige Gesamtbetrag für die erbrachten Dienstleistungen auf dem „Compassionate Care“-Satz für stationäre und ambulante Patienten. Der „Compassionate Care“-Satz für stationäre Patienten entspricht dem Medicare DRG-Satz für das laufende Jahr. Der „Compassionate Care“-Satz für ambulante Patienten beruht abhängig von der erbrachten Dienstleistung auf dem doppelten Medicare APC-Satz oder dem doppelten Satz der Medicare-Gebührenordnung. *** Dabei handelt es sich um Endpreise. **Auf diese Sätze werden keine weiteren Rabatte gewährt, jedoch werden FAP-berechtigten Personen keine höheren Beträge als die Generell berechneten Beträge (Amounts Generally Billed, „AGB“,) (weiter unten definiert) in Rechnung gestellt.**

B. New Jersey State 15 Discounting Policy (Rabattrichtlinie 15 des Bundesstaats New Jersey)

Mit Wirkung vom 4.2.2009 werden Patienten, deren Familieneinkommen zwischen 300 % und 500 % der Federal Poverty Guidelines (Bundesarmutsrichtlinien) liegt, unter Verwendung des aktuellen Charity Care Screening-Verfahrens untersucht. Nach Qualifikation wird der Hauptzahler auf „Q76“ - „New Jersey State 15 Care“ festgelegt. Der New Jersey State 15-Satz für stationäre Patienten entspricht dem Medicare DRG-Satz für das laufende Jahr. Der New Jersey State 15-Satz für ambulante Patienten beruht abhängig von der erbrachten Dienstleistung auf 115 % des Medicare APC-Satzes oder 115 % der Medicare-Gebührenordnung.

Selbstzahlung nach Versicherungssaldi (abzugsfähige, mitversicherte und zuzahlende) werden nicht rabattiert, sofern der Patient sich nicht in anderer Weise gemäß dieser Richtlinie qualifiziert.

C. Berechnung der Generell berechneten Beträge („AGB“, Amounts Generally Billed) für Notfälle oder sonstige medizinisch notwendige Versorgung

Nach §501(r)(5) des US-Steuergesetzes (Internal Revenue Code) wird Patienten, die zu finanziellen Beihilfen gemäß dieser Richtlinie berechtigt sind, bei Notfällen oder sonstigen medizinisch notwendiger Versorgung nicht mehr in Rechnung bestellt als einer Person, die über eine diese Versorgung abdeckende Versicherung verfügt.

Eine als zu finanziellen Beihilfen berechtigt anzusehende Person, die einer Notfall- oder sonstigen medizinisch notwendigen Versorgung bedarf, wird von den Folgenden **der geringere Betrag** in Rechnung gestellt:

1. Der gemäß Abschnitten (II)(A)-(B) oben berechnete Betrag; oder
2. die AGB.

Die AGB des Hackensack University Medical Center und des Palisades Medical Center AGB werden unter Verwendung rückschauender Medicare-Gebühren für Dienstleistungen plus private Krankenversicherer berechnet. Durch schriftliche Anforderung ist eine kostenfreie Beschreibung der folgenden Anteile und Berechnungsmethoden erhältlich. Die aktuellen AGB-Anteile sind:

1. Stationärer Patient: 26 %
2. Ambulanter Patient: 32 %
3. Ambulanter Patient Notaufnahme: 22 %

Die AGB des Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center und des Raritan Bay Medical Center werden unter Verwendung der voraussichtlichen Zahlungsart berechnet und entsprechen der Medicare-Gebühr für Dienstleistungssätze.

D. Zahlungsarten

Hospitals akzeptiert die folgenden Zahlungsarten:

1. Barzahlung
2. Zahlungsanweisung
3. Ausgewählte Kreditkarten- Visa, MasterCard, American Express, Discover
4. Bankkarten mit dem Visa- oder MasterCard-Logo
5. Bankscheck
6. Persönlicher Scheck
7. Überweisung

E. Hospitals-Finanzierungsvertragsplan Finanzierungsverträge können auf Anfrage abgeschlossen werden. Es muss eine Mindesteinzahlung vorgenommen werden, und der danach bestehende Saldo kann danach über einen zinsfreien Ratenzahlungsplan beglichen werden.

F. Finanzierungsverträge für Konten mit ausstehenden Saldoforderungen Sämtliche Verträge werden unter Verwendung des Finanzierungsvertrags-Zahlungsformulars begonnen. Alle ausgefüllten Formulare sind wie folgt zu verteilen:

-Auf Anfrage erhält der Patient eine Kopie. (Finanzierungsvertrag für ambulante Patienten, Englisch) (Finanzierungsvertrag für ambulante Patienten, Spanisch) und (Finanzierungsvertrag für stationäre Patienten, Englisch) (Finanzierungsvertrag für stationäre Patienten, Spanisch oder Koreanisch)

Der Finanzierungsvertrag wird in seiner Gesamtheit mit dem Patienten/Bürgen überprüft. In dem Vertrag ist der folgende Absatz enthalten:

„Ich bestätige, dass die HMM Hospitals Corporation mein Konto bei Nichterfüllung der im Zahlungsplan definierten Verbindlichkeiten dem Inkasso übergibt. Ich bestätige weiterhin, dass bei Nichteinhaltung dieses Vertrages die vereinbarten Rabattsätze auf die vollen Forderungen erhöht werden“, und „Alle Forderungen zum Zeitpunkt der Registrierung sind Schätzwerte und beruhen auf einem ärztlichen Behandlungsplan und unterliegen Änderungen. Bitte beachten Sie, dass keiner FAP-berechtigten Person mehr als die AGB in Rechnung gestellt wird.“

G. Finanzielle Beihilfeprogramme - New Jersey Medicaid oder Charity Care

Alle Patienten, welche die „Compassionate Care“-Sätze von Hospitals nicht bezahlen können, werden zu Anfang an einen Finanzberater verwiesen. Falls der Finanzberater den Patienten nicht finanziell freigeben kann, wird der Patient an die Abteilung für Finanzbeihilfen (Financial Assistance Unit) überwiesen. Die Abteilung stellt dann fest, ob der Patient für eines der Berechtigungsprogramme qualifiziert ist.

H. Richtlinie für internationale Patienten (ausländische Patienten):

Hospitals-Definition internationaler Patienten:

„Patienten mit derzeitigem Wohnsitz im Ausland, die zwecks Behandlung in die Vereinigten Staaten reisen, um bei HMM Hospitals Corporation bestimmte Dienstleistungen zu erhalten. Diese Dienstleistungen sind im Voraus arrangiert und unterliegen NICHT den in dieser Richtlinie umrissenen Vorschriften zur Finanzbeihilfe.“

Alle internationalen Patienten, die im Voraus aus dem Ausland einen Besuch bei Hospitals zum Erhalt im Voraus arrangierter medizinischer Behandlungen planen, erhalten einen genehmigten Erstattungssatz für Dienstleistung einschließlich, aber nicht beschränkt auf:

- Kardiologie
- Organtransplantationsprogramme
- Onkologie
- Orthopädie
- Urologische Eingriffe

Diese Patienten erhalten im Voraus Termine für diese Besuche, und zu diesem Zeitpunkt werden Vorkehrungen

für die Überweisung der Mittel (einschließlich der Telefonnummer zur Überweisung) zwecks Abdeckung der Behandlungskosten getroffen. Die Überweisung der Mittel muss fünf (5) Werktage vor Besuch des Patienten bei Hospitals vorgenommen werden. Nicht gebrauchte Anteile der Vorauszahlung werden erstattet.

III. Antrag auf finanzielle Beihilfen

a. Verfügbare Sprachen

FAP, Antrag und Zusammenfassung in verständlicher Sprache (Plain Language Summary, „PLS“) sind in englischer Sprache und in den Muttersprachen von Populationen mit eingeschränkten Englischkenntnissen (Populations with limited proficiency in English, „LEP“) verfügbar, welche weniger als 1000 Personen oder 5 % der Bevölkerung im Hauptservicebereich von Hospitals ausmachen. Diese Dokumente sind auf der Hospitals-Internetseite und auf Anfrage auch kostenlos verfügbar.

b. Informationen auf der Hospitals-Internetseite ansehen und drucken

Internetseite: Eine Einzelperson kann Informationen zu finanzieller Beihilfe online auf der folgenden Internetseite einsehen: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

c. Antrag

Eine Einzelperson kann durch Ausfüllen eines Papierexemplars des Antrages einen Antrag auf finanzielle Beihilfe stellen. Der Papierantrag steht über jede der folgenden Methoden kostenlos zur Verfügung:

a) Per Post: Durch Schreiben an die folgende Adresse und Anforderung eines Papierexemplars des Antrags auf finanzielle Beihilfe:

- 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, und Raritan Bay Medical Center - 1945 Route 33, Neptune NJ, 07753

b) Persönlich: Durch persönlichen Besuch bei der Abteilung für finanzielle Beihilfen (Financial Assistance Department, Montag - Freitag 8:00 bis 16:00 Uhr) an der folgenden Adresse:

- 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) Telefonisch: Die Abteilung für finanzielle Beihilfen (Financial Assistance Department) ist erreichbar unter (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC, oder (732) 902-7080 Alle anderen Standorte

d. Antragsfrist:

Eine Einzelperson hat ab dem Datum, zu dem sie die erste Schlussrechnung nach Entlassung erhält, zwei Jahre Zeit, einen Antrag auf finanzielle Beihilfe zu stellen. Unvollständige Anträge werden nicht berücksichtigt, doch die Antragsteller werden benachrichtigt, und es wird ihnen die Gelegenheit zur

Beibringung der fehlenden Unterlagen/Informationen gewährt.

e. Ausgefüllte Anträge:

Bitte schicken Sie alle ausgefüllten Anträge an die Abteilung für finanzielle Beihilfe (Financial Assistance Department, siehe Adresse oben, auch auf den Schlussrechnungen abgedruckt). Nur vom Antragsteller angegebene Daten werden bei der Genehmigung finanzieller Beihilfen verwendet.

ANHANG A: HMH Hospitals Corporation Zeitleiste für Inkasso bei Patienten - Für Dienstleistungen bei ambulanten und stationären Patienten

Nach Bearbeitung der Ansprüche durch die Versicherung stellt Hospitals eine Schlussrechnung für die erbrachten Dienstleistungen. Zum Saldo nach Versicherung gehören:

1. Selbstzahler (nicht versicherter Patient)
2. Selbstzahler nach Versicherung (die Versicherung hat ihre Verpflichtung erfüllt, der Rest des Saldos liegt in der Verpflichtung des Patienten)
3. Hospitals Charity Care („Compassionate Care“ – Kostenrabatt)
4. Selbstzahler nach Medicare (Patientenverpflichtung nach Definition von Medicare).

Für nicht versicherte Patienten wird ungefähr vier Tage nach Entlassung oder Datum der Dienstleistung eine Abrechnung verschickt.

Nicht-Medicare-Abrechnungszyklus – Der gesamte Abrechnungszyklus beträgt 62 Tage, bevor der Saldo dem Inkasso übergeben wird. Nachdem die Versicherung ihren Anteil erfüllt hat, wird eine Rechnung an den Patienten geschickt. Die vollständige Zahlung muss bis zum auf der Abrechnung angegebenen Fälligkeitsdatum eingehen. Geht eine überfällige Forderung nicht zum Fälligkeitsdatum ein, erhält der Patient weitere Abrechnung (insgesamt bis zu drei). Geht keine Zahlung ein, wird vor dem Inkasso ein letzter Brief an dem Patienten geschickt, der ihn zur Zahlung innerhalb von zehn Tagen auffordert. Geht dann immer noch keine Zahlung ein, wird das Konto einem Inkassounternehmen übergeben.

Medicare-Abrechnungszyklus – Der gesamte Abrechnungszyklus beträgt 120 Tage, bevor der Saldo dem Inkasso übergeben wird. Nachdem Medicare und etwaige Zweitversicherungen gezahlt haben, wird eine Rechnung an den Patienten geschickt. Die vollständige Zahlung muss bis zum auf der Abrechnung angegebenen Fälligkeitsdatum eingehen. Geht eine überfällige Forderung nicht zum Fälligkeitsdatum ein, erhält der Patient weitere Abrechnung (insgesamt bis zu vier). Geht keine Zahlung ein, wird vor dem Inkasso ein letzter Brief an dem Patienten geschickt, der ihn zur Zahlung innerhalb von zehn Tagen auffordert. Geht dann immer noch keine Zahlung ein, wird das Konto einem Inkassounternehmen übergeben. Geht innerhalb der 120-Tages-Frist eine Teilzahlung ein, werden vor der Übergabe des Saldos an das Inkasso weitere 120 Tage Zahlungsfrist gewährt.

Es folgen die Adressen für Patientenzahlungen:

- 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

Patienten mit Fragen zu ihrem Saldo können sich an den Kundendienst wenden, unter (551) 996-3355 HUMC, (201) 854-5092 PMC oder (732) 776-4380 Alle anderen Standorte.

Zu **Außerordentlichen Beitreibungsmaßnahmen** gehören die Folgenden (die Liste ist nicht abschließend): Verhängung eines Pfandrechts über Grundeigentum der Einzelperson, Zwangsvollstreckung des Eigentums einer Person, Beschlagnahme oder Sperrung des Bankkontos einer Person oder sonstigen persönlichen Eigentums, Einreichen einer Zivilklage gegen eine Einzelperson, Veranlassung der Festnahme der Einzelperson und Pfändung des Lohnes einer Einzelperson. Außergewöhnliche Beitreibungsmaßnahmen unterliegen den folgenden Zeiträumen und beginnen erst, nachdem angemessene Anstrengungen zur Feststellung unternommen wurden, ob der Patient FAP-berechtigt ist.

1. *Benachrichtigungsfrist: Hospitals muss den Patienten hinsichtlich der Einzugs-, Zahlungs- und Finanzbeihilfenrichtlinie unterrichten, bevor es zum Erhalt der Zahlung außerordentliche Beitreibungsmaßnahmen ergreift, und bis mindestens 120 Tage ab dem Datum, an dem der Patient die erste Schlussrechnung für die Behandlung nach der Entlassung erhält, von außerordentlichen Beitreibungsmaßnahmen absehen.*
2. *Antragsfrist: Eine Einzelperson hat ab dem Datum, zu dem sie die erste Schlussrechnung nach Entlassung erhält, zwei Jahre Zeit, einen Antrag zu stellen. Falls zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb der Antragsfrist ein Antrag eingereicht wird, werden die außerordentlichen Beitreibungsmaßnahmen ausgesetzt.*
3. *Wartezeit für außerordentliche Beitreibungsmaßnahmen: Hospitals muss dem Patienten vor Ergreifen außergewöhnlicher Beitreibungsmaßnahmen per Benachrichtigung eine Frist von mindestens dreißig (30) Tagen gewähren.*

ANHANG B: Anbieter nach Abteilung, die Notfall- oder sonstige medizinisch notwendige Dienstleistungen innerhalb der Krankenhauseinrichtung anbieten

HUMC

| Abteilung/Firma/Gruppe | Von der Richtlinie zur finanziellen Beihilfe |
|---|--|
| Aktualisiert am 31.12.2018 | |
| Anästhesiologie | Nein |
| The Cancer Center | Nein |
| Zahnmedizin | Nein |
| Notfallmedizin | Nein |
| Hausarztmedizin | Nein |
| Innere Medizin | Nein |
| Neurochirurgie | Nein |
| Geburtshilfe und Gynäkologie | Nein |
| Augenheilkunde | Nein |
| Orthopädische Chirurgie | Nein |
| Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde | Nein |
| Pathologie | Nein |
| Pädiatrie | Nein |
| Plastische und rekonstruktive Chirurgie | Nein |
| Podologie | Nein |
| Psychiatrie und Verhaltensmedizin | Nein |
| Strahlentherapie | Nein |
| Radiologie | Nein |
| Rehabilitationsmedizin | Nein |
| Chirurgie | Nein |
| Urologie | Nein |
| Klinikärzte | Nein |
| Labordienstleistungen | Nein |

| Abteilung/Firma/Gruppe | Von der Richtlinie zur finanziellen Beihilfe abgedeckt | | | | | |
|------------------------------|--|------|------|------|------|------|
| | Aktualisiert am 31.12.2018 | | | | | |
| | JSUMC | OMC | RMC | SOMC | BMC | RBMC |
| Anästhesiologie | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Zahnmedizin | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Notfallmedizin | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Hausarztpraxis | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Medizin | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Geburtshilfe und Gynäkologie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Augenheilkunde | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Orthopädie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Pathologie | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Pädiatrie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Psychiatrie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Strahlentherapie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |
| Radiologie | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |
| Chirurgie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein |

Palisades Medical Center Aktualisiert am 31.12.2018

| Abteilung/Firma/Gruppe | Von der Richtlinie zur finanziellen Beihilfe abgedeckt |
|------------------------|--|
| Anästhesiologie | Nein |
| Notfallmedizin | Nein |
| Pathologie | Nein |
| Radiologie | Nein |
| Klinikärzte | Nein |
| Intensivmediziner | Nein |
| Kardiologie | Nein |

„Nein“ - Mitglieder dieser Abteilung befolgen nicht die Praktiken der Hospitals-Richtlinie zu finanziellen Beihilfen. Bitte wenden Sie sich zur Bestätigung ihrer Beteiligung an ihre Büros. Mitglieder der Meridian Medical Group nehmen an Hospitals FAP teil und sind Mitglieder der Abteilungen für Medizin, Onkologie, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie Pädiatrie.

Anbieterinformationen auf der Hospitals-Internetseite ansehen

A. Internetseite: Eine Einzelperson kann Informationen zu Anbietern online auf der folgenden Internetseite einsehen: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

B. Anbieterliste Eine Einzelperson kann ein Papierexemplar der Anbieterliste durch eine der folgenden Methoden erhalten:

a) Per Post: Durch Schreiben an die folgende Adresse und Anforderung eines Papierexemplars:

- 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, und Raritan Bay

Medical Center - 1945 Route 33, Neptune NJ, 07753

b) Persönlich: Durch persönlichen Besuch bei der Abteilung für finanzielle Beihilfen (Financial Assistance Department, Montag - Freitag 8:00 bis 16:00 Uhr) an der folgenden Adresse:

- 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) Telefonisch: Die Abteilung für finanzielle Beihilfen (Financial Assistance Department) ist erreichbar unter (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC, oder (732) 902-7080 Alle anderen Einrichtungen