

HMH Hospitals Corporation
Podręcznik zasad administracyjnych

Polityka pomocy finansowej nr: 1845

Data wejścia w życie: styczeń 2016 r. ujednolicona w brzmieniu zmienionym dnia 1 stycznia 2018 r. w celu utworzenia HMH Hospitals Corporation

Cel:

Wskazanie obowiązujących zasad pobierania wszystkich opłat związanych z opieką nad pacjentami świadczoną w placówkach należących do HMH Hospitals Corporation (zwanymi dalej „szpitale”) oraz procedur interakcji między pacjentem, poręczycielem i obsługą klienta oraz personelem rejestracyjnym szpitali.

Przestrzeganie tych zasad spowoduje ujednoczenie procedur windykacyjnych przez szpitale przy jednoczesnym utrzymaniu reputacji, z której są znane. Przestrzeganie tej polityki zwiększy również świadomość odnośnie do opcji pomocy finansowej dostępnych dla kwalifikujących się pacjentów potrzebujących pomocy w nagłych wypadkach lub innej medycznie niezbędnej opieki oraz nakreśli procedury, według których pacjenci mogą ubiegać się o pomoc finansową.

Nacisk zostanie położony na poprawę komunikacji z pacjentami, zwiększenie przejrzystości cen i usprawnienie pobierania należności z góry oraz znaczną poprawę relacji z pacjentem i szerszą społecznością poprzez zapewnienie informacji potrzebnych do zrozumienia kosztów opieki medycznej. Ponadto szpitale starają się zwiększyć dostęp do swoich usług, zapewniając wszystkim członkom społeczności większy dostęp do informacji o finansowaniu.

HMH Hospitals Corporation:

HMH Hospitals Corporation (obejmująca centra medyczne 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 i Southern Ocean Medical Center) za swoją misję obrało zaspokajanie potrzeb medycznych społeczności, którym służy. Zdrowa polityka finansowa ukierunkowana na rozsądne protokoły kredytowe i windykacyjne, a także kompleksowe opcje pomocy finansowej, jest niezwykle ważna, wręcz fundamentalna dla misji szpitali. HMH Hospitals Corporation będzie utrzymywała politykę przejrzystości cen, informując swoich pacjentów o odpowiedzialności finansowej przed świadczeniem usług, z wyłączeniem usług ratunkowych. Polityka ta zawsze będzie tworzona z poszanowaniem sytuacji finansowej pacjentów i zachowaniem godności osób zaangażowanych, zgodnie z obowiązującym prawem stanu New Jersey regulującym działalność charytatywną, P.L. 1992, rozdział 160.

Należy pamiętać, że zgodnie z ustawą w sprawie leczenia w nagłych przypadkach i pomocy w przypadku trwającego porodu Emergency Medical Treatment & Active Labor Act (EMTALA) z 1986 roku, osoby z nagłymi przypadkami będą poddawane badaniom i stabilizowane niezależnie od ich zdolności do zapłaty. Usługi takie nie będą opóźniane, odrzucane ani w żaden inny sposób zastrzegane z jakiegokolwiek powodu, w tym między innymi dochodzeniem płatności. *Patrz: Polityka administracyjna 558-1, Przenoszenie pacjentów i ustawa w sprawie leczenia w nagłych przypadkach i pomocy w przypadku trwającego porodu Patient Transfer and Emergency Medical Treatment & Active Labor Act (EMTALA).*

I. Opłaty pobierane z góry – ogólna populacja pacjentów:

Polityka:

Dla celów niniejszej polityki termin „należności pokrywane przez pacjenta” dotyczą ubezpieczonych pacjentów jest definiowany jako kwota należna od pacjenta (i/lub poręczyciela) z tytułu wszystkich rachunków określonych przez płatnika. Termin „należności pokrywane przez nieubezpieczonego pacjenta” jest definiowany jako nasza stawka okolicznościowa ze względu na trudną sytuację pacjenta (Compassionate Care). Termin „placówka” odnosi się do cen za „korzystanie z tej placówki”, a nie do cen obowiązujących w gabinecie lekarskim. Termin „udział w kosztach” odnosi się do kwoty udziału własnego, współubezpieczenia lub współpłatności.

Zasadniczo pacjent i/lub poręczyciel ponoszą odpowiedzialność finansową za opiekę w następujących okolicznościach:

- A. Pacjent nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego obejmującego usługi placówki.
- B. Pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne obejmujące usługi placówki, jednakże planowana usługa nie jest objęta jego ubezpieczeniem zdrowotnym (np. chirurgia plastyczna).
- C. Pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne, jednakże po weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego ustala się, że pacjent ma należyty udział w kosztach. Kwota ta może mieć formę rocznego udziału własnego, stosownego współubezpieczenia lub współpłatności za usługi świadczone przez placówkę.
- D. Na pacjenta została nałożona kara za usługi poza siecią (szpitale nie przynależą do określonej sieci). Kara nakładana jest przez płatników, gdy pacjent jest leczony przez placówkę i/lub lekarza spoza sieci. Kara będzie się różnić w zależności od ubezpieczenia szpitalnego pacjenta. Aby zwiększyć przejrzystość usług opieki zdrowotnej poza siecią Szpitale informują pacjentów, czy placówka przynależy do sieci, czy też nie w odniesieniu do planu świadczeń zdrowotnych pacjenta; informują pacjentów, że jeśli placówka przynależy do sieci, pacjent nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów poza tymi, które zwykle dotyczą zabiegu, chyba że pacjent świadomie, dobrowolnie i konkretnie wskaże do świadczenia usług dostawcę spoza sieci; informują pacjentów, że jeśli placówka nie przynależy do sieci, pacjent będzie ponosił odpowiedzialność finansową za usługi opieki zdrowotnej świadczone w tejże placówce.
- E. Pacjent wyczerpał swoje ubezpieczenie zdrowotne na bieżący okres świadczenia (maksymalne sumy na rok świadczenia, rok kalendarzowy i/lub całe życie).

Jeśli pacjent/poręczyciel objęty jest ubezpieczeniem zdrowotnym w placówce, należy skorzystać z następujących wskazówek w celu ustalenia i/lub pobrania płatności należnych od pacjenta:

A. Wkład własny pacjenta w Medicare – za rok 2018 wynosi
1 340,00 USD.

B. Współubezpieczenie pacjenta w Medicare za usługi ambulatoryjne

Jeśli pacjent nie jest objęty dodatkowym ubezpieczeniem, należy pobrać kwotę współubezpieczenia zgodnie z harmonogramem płatności APC w szpitalach. Właściwą kwotę można znaleźć w kolumnie „Współubezpieczenie”. Jeśli świadczona usługa nie pojawia się na liście APC, należy odwołać się do odpowiedniego harmonogramu opłat Medicare w oparciu o świadczoną usługę (medycyna rehabilitacyjna, mammografia, MICU/AMB, kliniczne badania laboratoryjne, edukacja diabetologiczna itp.).

Należy poinformować beneficjenta, że jest to szacunkowy koszt własny. Jeśli koszt okaże się większy,

pacjent zostanie obciążony kwotą wyrównania. Jeśli koszt jest mniejszy niż kwota pobrana, pacjent otrzyma zwrot nadwyżki.

C. System Medicaid

Zasadniczo nie ma kosztów własnych odbiorcy/pacjenta za usługi objęte ubezpieczeniem. Jednak w zależności od poziomu ubezpieczenia Medicaid mogą wystąpić koszty własne w przypadku współubezpieczenia i/lub za usługi nieobjęte ubezpieczeniem.

D. Ubezpieczenie Blue Cross/Blue Shield

Należy potwierdzić odpowiedzialność finansową pacjenta lub koszt własny poprzez weryfikację elektroniczną (RTE – weryfikacja w czasie rzeczywistym, lub na stronie płatnika) lub kontaktując się z Blue Cross. Należy sprawdzić, czy pacjent jest odpowiedzialny finansowo i/lub czy usługi są nieobjęte ubezpieczeniem. Po uzyskaniu kwoty udziału własnego należy poinformować o niej pacjenta. Kwota współpłaty w przypadku korzystania z usług centrum urazowego medycyny ratunkowej **Emergency Trauma Center** („ETC”) powinna zostać zweryfikowana za pomocą weryfikacji kwalifikowalności RTE lub poprzez wejście na stronę płatnika. Jeśli nie można zweryfikować kwoty współpłaty za pośrednictwem RTE lub strony płatnika, kwotę tę można znaleźć na karcie identyfikacyjnej ubezpieczenia pacjenta. W ostateczności należy skontaktować się z danym płatnikiem bezpośrednio.

E. Płatnicy komercyjni i w ramach systemu opieki zdrowotnej

Należy potwierdzić odpowiedzialność finansową pacjenta lub koszt własny poprzez weryfikację elektroniczną (RTE lub na stronie płatnika) lub kontaktując się z płatnikiem. Należy sprawdzić, czy pacjent jest odpowiedzialny finansowo i/lub czy usługi są nieobjęte ubezpieczeniem. Po uzyskaniu kwoty udziału kosztów należy poinformować o niej pacjenta. Kwota współpłaty w przypadku korzystania z usług centrum urazowego medycyny ratunkowej „ETC” powinna zostać zweryfikowana za pomocą weryfikacji kwalifikowalności RTE lub poprzez wejście na stronę płatnika. Jeśli nie można zweryfikować kwoty współpłaty za pośrednictwem RTE lub strony płatnika, kwotę tę można znaleźć na karcie identyfikacyjnej ubezpieczenia pacjenta. W ostateczności należy skontaktować się bezpośrednio z odpowiednim płatnikiem.

1. Planowe przyjęcie do szpitala, chirurgia jednego dnia i przydzielanie łóżek pacjentom ambulatoryjnym (wizyty planowe)

a. Pacjenci, z ubezpieczeniem lub bez niego muszą zostać rozliczeni finansowo:

- i. Przed lub w dniu badań przed przyjęciem do szpitala; lub
- ii. Nie później niż w południe (12:00), na trzy (3) dni robocze przed zabiegiem

Termin „rozliczony finansowo” odnosi się do weryfikacji ubezpieczenia, pobrania wszystkich należności pokrywanych przez pacjentów i uzyskania wszystkich wymaganych wstępnych zaświadczeń, upoważnień i/lub skierowań dla pacjentów z ubezpieczeniem. W przypadku pacjentów ubezpieczonych wydatki z własnej kieszeni mogą obejmować kwoty udziału własnego, współubezpieczenia i współpłaty, a także wszystkie koszty nieobjęte ubezpieczeniem (zabiegi nieobjęte ubezpieczeniem). W przypadku pacjentów nieubezpieczonych wydatki z własnej kieszeni podlegają stawkom okolicznościowym HMH Hospitals Corporation ze względu na trudną sytuację pacjenta.

Jeśli pacjent nie zostanie rozliczony finansowo w podanych ramach czasowych, zostanie o tym fakcie powiadomiony dyrektor kliniczny lub administrator obszaru usług, który określi stopień konieczności poddania pacjenta zabiegowi lub badaniu w trybie pilnym.

b. Przyjęcia planowe

HMH Hospitals Corporation zamierza w miarę możliwości rejestrować z wyprzedzeniem wszystkie świadczenia planowe. Metodę płatności należy określić przed przyjęciem pacjenta, w tym należności pobierane od pacjenta i zaległe należności. Oceny finansowe zostaną przeprowadzone przed planowym zabiegiem pacjenta. W razie potrzeby przed zabiegiem spisana zostanie umowa finansowa, opierająca się na alternatywnych metodach płatności opisanych w niniejszym podręczniku zasad, od początku w Części II (E).

2. Należności pokrywane przez pacjentów ambulatoryjnych za zabiegi planowe

Pacjenci z ubezpieczeniem lub bez muszą zostać rozliczeni finansowo nie później niż do południa (12:00), na trzy (3) dni robocze przed zabiegiem.

Termin „rozliczony finansowo” odnosi się do weryfikacji ubezpieczenia, pobrania wszystkich należności pokrywanych przez pacjentów i uzyskania wszystkich wymaganych wstępnych zaświadczeń, upoważnień i/lub skierowań dla pacjentów z ubezpieczeniem. W przypadku pacjentów ubezpieczonych wydatki z własnej kieszeni mogą obejmować kwoty udziału własnego, współubezpieczenia i współpłatności, a także wszystkie koszty nieobjęte ubezpieczeniem (zabiegi nieobjęte ubezpieczeniem). W przypadku pacjentów nieubezpieczonych wydatki z własnej kieszeni podlegają stawkom okolicznościowym HMH Hospitals Corporation ze względu na trudną sytuację pacjenta.

Jeśli pacjent nie zostanie rozliczony finansowo w podanych ramach czasowych, zostanie powiadomiony dyrektor kliniczny lub administrator obszaru usług, który określi stopień konieczności poddania pacjenta zabiegowi lub badaniu w trybie pilnym.

3. Przyjęcia do szpitala w trybie pilnym / przeniesienia / przyjęcia bezpośredniego Ocena możliwości uzyskania świadczenia i weryfikacja będą miały miejsce w momencie przyjęcia pacjentów do HMH Hospitals Corporation w trybie pilnym, przeniesienia lub przyjęcia bezpośredniego.

4. Centrum urazowe medycyny ratunkowej Emergency Trauma Center (ETC)

HMH Hospitals Corporation podejmie działania w celu oceny i leczenia stanu zdrowia pacjenta przed omówieniem zobowiązań finansowych. HMH Hospitals Corporation nie odmawia pacjentom usług w ETC. Po poddaniu pacjenta badaniu przesiewowemu, ustabilizowaniu jego stanu i uzyskaniu zgody przez lekarza, pacjent zostanie poproszony o informacje dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego i zakresu własnej odpowiedzialności finansowej.

HMH Hospitals Corporation rozlicza wszystkich płatników, w tym Medicare, Medicaid i innych stron trzecich po przeprowadzeniu weryfikacji kwalifikowalności.

5. System opieki zdrowotnej – pacjenci z ubezpieczeniem HMH Hospitals Corporation ma specjalne umowy dotyczące systemu opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność finansowa pacjenta zostanie określona przez płatnika strony trzeciej. Kwota w dolarach zostanie obliczona na podstawie stawki uzgodnionej z płatnikiem.

Więcej informacji na temat procesu pobierania należności i zgodności z Kodeksem przychodów wewnętrznych §501(r)(6) znajduje się w Załączniku A do niniejszej polityki dotyczącej harmonogramu pobierania należności.

II. Polityka pomocy finansowej

W przypadkach dotyczących leczenia uprawnionych dzieci lub pacjentów Medicaid należy zapoznać się z Polityką administracyjną 1846, Polityką pomocy finansowej (*opieka charytatywna Charity Care / opieka nad dziećmi Kid Care / Medicaid*).

Należy pamiętać, że nie wszystkie usługi świadczone w placówkach szpitali są objęte niniejszą polityką. W Załączniku B znajduje się lista dostawców według oddziałów, które świadczą usługi w nagłych wypadkach lub inne medycznie niezbędne świadczenia zdrowotne w placówce szpitalnej. Wskazano w nim, którzy dostawcy są objęci niniejszą polityką, a którzy nie. Lista dostawców będzie kwartalnie sprawdzana i w razie potrzeby aktualizowana.

A. Polityka dotycząca przyznawania stawki okolicznościowej ze względu na trudną sytuację pacjenta Gdy stawka okolicznościowa za opiekę zostanie przypisana do konta, całkowita należna kwota zostanie ustalona na podstawie stawek okolicznościowych opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej za świadczone usługi. Stawki okolicznościowe opieki szpitalnej odpowiadają stawkom DRG Medicare na bieżący rok. Stawki okolicznościowe opieki ambulatoryjnej odpowiadają dwukrotnej stawce APC Medicare lub dwukrotnej stawce taryfy Medicare, w zależności od świadczonej usługi.*** Są to stawki ostateczne. **Żadne dodatkowe rabaty nie będą stosowane do tych stawek, jednak żadna osoba uprawniona do FAP nie zostanie obciążona kwotami wyższymi niż ogólnie naliczone kwoty („AGB”) (zdefiniowane dalej).**

B. Polityka rabatowa 15 stanu New Jersey

Z dniem 4 lutego 2009 r. nieubezpieczeni pacjenci, których dochód rodziny mieści się w przedziale od 300% do 500% federalnego wyznacznika progu ubóstwa, zostaną poddani badaniu przesiewowemu przy użyciu naszego obecnego procesu przesiewowego leczenia charytatywnego. Po zakwalifikowaniu należy zmienić głównego płatnika na „Q76” – „Opieka 15 stanu New Jersey”. Stawki opieki szpitalnej 15 w stanie New Jersey odpowiadają stawkom Medicare DRG na bieżący rok. Opłaty za opiekę ambulatoryjną 15 w stanie New Jersey odpowiadają stawkom Medicare APC razy 115% lub na stawce taryfowej Medicare razy 115% w zależności od świadczonej usługi.

Kwoty należne od pacjenta po odliczeniu ubezpieczenia (kwoty udziału własnego, współubezpieczenia i współpłatności) nie będą podlegały rabatowi, chyba że pacjent kwalifikuje się w inny sposób określony w niniejszej polityce.

C. Obliczanie kwot ogólnie naliczanych („AGB”) w nagłych wypadkach lub w przypadkach niezbędnej opieki medycznej

Zgodnie z Kodeksem przychodów wewnętrznych §501(r)(5), w nagłych wypadkach lub w przypadkach niezbędnej opieki medycznej, pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej w ramach niniejszej polityki nie będą obciążani kosztami wyższymi niż osoba, która ma ubezpieczenie obejmujące taką opiekę.

Osoba uznana za kwalifikującą się do pomocy finansowej, wymagająca pomocy w nagłym wypadku lub innej medycznie niezbędnej opieki, zostanie obciążona **niższą z następujących kwot:**

1. Kwota obliczona, jak w Części (II) (A)-(B) powyżej; lub
2. AGB.

W przypadku centrów medycznych Hackensack University Medical Center i Palisades Medical Center, kwota AGB obliczana jest na podstawie opłaty Medicare za usługi oraz prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych. Opis poniższych wartości procentowych i metodologii obliczeń można uzyskać bezpłatnie, składając wniosek na piśmie. Obecne wartości procentowe kwot AGB są następujące:

1. Pacjent stacjonarny: 26%
2. Pacjent ambulatoryjny: 32%
3. Pacjent ambulatoryjny przyjęty na SOR: 22%

Kwota AGB centrów medycznych Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center i Raritan Bay Medical Center jest obliczana przy użyciu metody płatności prospektywnej i jest równa opłacie Medicare wg stawki usług.

D. Formy płatności

Szpitalne akceptują następujące formy płatności:

1. Gotówka
2. Przekaz pieniężny
3. Wybrane karty kredytowe – Visa, MasterCard, American Express, Discover
4. Karty debetowe z logo Visa lub MasterCard
5. Czek bankowy
6. Czek osobisty
7. Przelew

E. Plan umów finansowych szpitali Istnieje możliwość zawarcia umów finansowych na żądanie. Należy pobrać kwotę minimalną w ramach zaliczki, a pozostałą sumę można rozłożyć w nieoprocentowanym planie ratalnym.

F. Umowy finansowe dotyczące rachunków z zaległymi należnościami Wszystkie ustalenia zostaną zainicjowane na podstawie Formularza płatności w ramach umowy finansowej (Financial Agreement Payment). Wszystkie wypełnione formularze należy rozdzielić w następujący sposób:

-Jedna kopia trafia do pacjenta na żądanie. (Ambulatoryjna umowa finansowa, w języku angielskim) (Ambulatoryjna umowa finansowa, w języku hiszpańskim) i (Szpitalna umowa finansowa, w języku angielskim) (Szpitalna umowa finansowa, w języku hiszpańskim lub koreańskim)

Umowa finansowa zostanie w całości omówiona z pacjentem/poręczycielem. W umowie pojawi się następujący zapis:

„Rozumiem, że niewywiązanie się w określonych w planie płatności spowoduje, że HMM Hospitals Corporation przekaże moje konto do windykacji. Potwierdzam, że w przypadku niewywiązania się z niniejszej umowy wszelkie przyznane mi zniżki zostaną anulowane, a w ich miejsce naliczone będą pełne kwoty opłat” oraz „Wszystkie opłaty w momencie rejestracji są szacunkowe i oparte na planie leczenia zaleconym przez lekarza i mogą ulec zmianie. Należy pamiętać, że żadna osoba kwalifikująca się do FAP nie zostanie obciążona kwotą wyższą niż AGB”.

G. Programy pomocy finansowej – New Jersey Medicaid lub Opieka charytatywna (Charity Care)

Wszyscy pacjenci, którzy nie są w stanie zapłacić stawek okolicznościowych w szpitalach, początkowo zostaną skierowani do doradcy finansowego. Jeśli doradca finansowy nie jest w stanie naprawić finansowej sytuacji pacjenta, zostanie on skierowany do oddziału pomocy finansowej. Jednostka ta ustali, czy pacjent kwalifikuje się do jednego z programów uprawniających.

H. Polityka międzynarodowego leczenia pacjentów (pacjenci zagraniczni):

Definicja pacjenta zagranicznego w szpitalach:

Pacjenci przebywający obecnie w obcym kraju i podróżujący do USA w celu leczenia w HMH Hospitals Corporation w celu uzyskania określonych świadczeń. Świadczenia te są ustalone z góry i NIE podlegają zasadom pomocy finansowej określonym w niniejszej polityce.

Wszyscy pacjenci zagraniczni, którzy wcześniej uzgodnią przyjazd do szpitali z zagranicy w celu umówionego leczenia, otrzymają zatwierdzoną stawkę refundacji za usługi, w tym między innymi:

- kardiologiczne
- programów przeszczepów narządów
- onkologiczne
- ortopedyczne
- urologiczne

Pacjenci zostaną wstępnie umówieni na te wizyty, kiedy to zostaną uzgodnione przelewy środków (w tym numer przelewu) na pokrycie kosztów leczenia. Przelew środków należy wykonać na pięć (5) dni roboczych przed wizytą pacjenta w szpitalu. Wszystkie niewykorzystane przedpłacone kwoty zostaną zwrócone.

III. Ubieganie się o pomoc finansową

a. Dostępne języki

Polityka pomocy finansowej FAP, Wniosek i Przejrzyste podsumowanie („PLS”) Centrum Medycznego są dostępne w języku angielskim oraz w podstawowym języku populacji o ograniczonej znajomości języka angielskiego („LEP”), stanowiącej grupę mniejszą niż 1000 osób lub 5% ludności w ramach podstawowego obszaru usług. Dokumenty te są dostępne na stronie internetowej szpitali, a także bezpłatnie na żądanie.

b. Dostępność informacji na stronie internetowej szpitali

Strona internetowa: informacje o pomocy finansowej dostępne są online na następującej stronie internetowej: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

c. Wniosek

Osoba fizyczna może ubiegać się o pomoc finansową, wypełniając papierową kopię wniosku. Wniosek w formie papierowej jest dostępny bezpłatnie w następujący sposób:

a) Poczta: pisząc na jeden z następujących adresów i prosząc o papierową kopię wniosku o pomoc finansową:

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

b) Osobiście: udając się osobiście do Działu Pomocy Finansowej (czynny od poniedziałku do piątku w godz. 8:00–16:00), pod następującym adresem:

- 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) Telefonicznie: z Działem pomocy finansowej można skontaktować się pod numerami (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC lub (732) 902-7080 we wszystkich innych lokalizacjach

d. Termin składania wniosków:

Osoba fizyczna ma dwa lata od daty otrzymania pierwszego wyciągu rozliczeniowego po zwolnieniu, aby ubiegać się o pomoc finansową. Niekompletne wnioski nie są rozpatrywane, ale wnioskodawcy są powiadamiani o brakującej dokumentacji/informacji i mają możliwość ich dostarczenia.

e. Wypełnione wnioski:

Wszystkie wypełnione wnioski należy wysłać do Działu Pomocy Finansowej (patrz adres powyżej, również podany na wyciągach). Pomoc finansowa będzie przyznawana wyłącznie na podstawie danych dostarczonych przez wnioskodawcę.

ZAŁĄCZNIK A: Harmonogram pobierania należności od pacjentów przez HMH Hospitals Corporation –pacjenci ambulatoryjni i stacjonarni

Szpitala dostarczają do pacjentów rozliczenia za świadczone usługi po rozpatrzeniu roszczenia przez ubezpieczycieli. Salda po rozliczeniu kwoty pokrytej przez ubezpieczenie obejmują:

1. Płatności pokrywane przez pacjenta (pacjent bez ubezpieczenia)
2. Płatności pokrywane przez pacjenta po uwzględnieniu ubezpieczenia (ubezpieczyciel wywiązał się ze swojego zobowiązania, za pozostałą kwotę odpowiada pacjent)
3. Opieka Charytatywna Charity Care (stawki okolicznościowe – zniżki)
4. Płatności pokrywane przez pacjenta po uwzględnieniu Medicare (pacjent pokrywa koszty zgodnie z definicją Medicare).

W przypadku pacjentów bez ubezpieczenia rozliczenie jest wysyłane pocztą po około czterech dni po zwolnieniu ze szpitala lub po dacie wykonania usługi.

Okres rozliczeniowy rachunków innych niż Medicare – całkowity okres rozliczeniowy wynosi 62 dni, po czym rachunek zostaje przekazany do windykacji. Rachunek jest wysyłany do pacjentów po tym, jak ubezpieczyciel wypełni swoje zobowiązanie. Płatność w całości należy uregulować w terminie określonym na wyciągu. Jeśli cała zaległa kwota nie zostanie uregulowana przed upływem terminu, pacjent otrzyma kolejne wyciągi rozliczeniowe (maksymalnie trzy). Jeśli płatność nadal nie zostanie uregulowana, do pacjenta zostanie wysłane ostatnie wezwanie do zapłaty w ciągu 10 dni. Jeśli płatność nadal nie zostanie uiszczona, rachunek zostanie skierowany do agencji windykacyjnej.

Okres rozliczeniowy rachunków Medicare – całkowity okres rozliczeniowy wynosi 120 dni, po czym rachunek zostaje przekazany do windykacji. Rachunek jest wysyłany do pacjentów po wypełnieniu zobowiązań przez Medicare i wszelkich innych ubezpieczycieli. Płatność w całości należy uregulować w terminie określonym na wyciągu. Jeśli cała zaległa kwota nie zostanie uregulowana przed upływem terminu, pacjent otrzyma kolejne wyciągi rozliczeniowe (maksymalnie cztery). Jeśli płatność nadal nie zostanie uregulowana, do pacjenta zostanie wysłane ostatnie wezwanie do zapłaty w ciągu 10 dni. Jeśli płatność nadal nie zostanie uiszczona, rachunek zostanie

skierowany do agencji windykacyjnej. Jeśli w jakimś momencie w ciągu 120 dni wpłynie część kwoty do zapłaty, przyznawane będą dodatkowe 120 dni na całkowitą spłatę, po czym rachunek zostanie przekazany do windykacji.

Adresy do dokonywania płatności przez pacjenta:

- 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

Pacjenci, którzy mają pytania dotyczące swoich rachunków mogą zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer (551) 996-3355 HUMC, (201) 854-5092 PMC lub (732) 776-4380 we wszystkich innych lokalizacjach.

Nadzwyczajne działania windykacyjne będą obejmować między innymi: zastaw na nieruchomościach należących do pacjenta, zablokowanie dostępu do nieruchomości, zajęcie całkowite lub częściowe rachunku bankowego lub innej własności osobistej, wszczęcie postępowania cywilnego przeciwko danej osobie, wszczęcie kroków prowadzących do aresztowania i zajęcie zarobków. Nadzwyczajne działania związane z windykacją podlegają następującym ramom czasowym i są podejmowane dopiero po wyczerpaniu uzasadnionych starań w celu ustalenia, czy pacjent kwalifikuje się do uzyskania FAP.

- 1. Okres powiadomienia: szpitale powiadamią osobę o zasadach windykacji, płatności i pomocy finansowej przed rozpoczęciem jakichkolwiek nadzwyczajnych czynności windykacyjnych w celu uzyskania płatności i powstrzymania się od inicjowania nadzwyczajnych czynności windykacyjnych przez co najmniej 120 dni od daty otrzymania przez pacjenta pierwszego wyciągu rozliczeniowego po wypisaniu ze szpitala.*
- 2. Termin składania wniosków: Pacjent ma dwa lata od daty otrzymania pierwszego wyciągu rozliczeniowego po zwolnieniu ze szpitala, aby złożyć wniosek. Jeśli w dowolnym momencie w okresie składania wniosku zostanie on złożony, ECA zostaną zawieszane.*
- 3. Czas oczekiwania na podjęcie nadzwyczajnych działań windykacyjnych: szpitale muszą powiadomić pacjenta z co najmniej trzydziestodniowym (30) wyprzedzeniem, jeśli zamierzają podjąć jakiegokolwiek nadzwyczajne działania windykacyjne.*

ZAŁĄCZNIK B: Dostawcy świadczeń według oddziałów, którzy świadczą usługi w nagłych wypadkach lub inne niezbędne medycznie świadczenia opieki zdrowotnej w placówkach szpitalnych

HUMC

Oddział/jednostka/grupa	Objęte zasadami pomocy finansowej
Zaktualizowano dnia 31.12.2018 r.	
Anestezjologia	Nie
Centrum Onkologii	Nie
Stomatologia	Nie
Pogotowie ratunkowe	Nie
Medycyna rodzinna	Nie
Medycyna chorób wewnętrznych	Nie
Neurochirurgia	Nie
Położnictwo i ginekologia	Nie
Okulistyka	Nie
Chirurgia ortopedyczna	Nie
Otolaryngologia	Nie
Patologia	Nie
Pediatria	Nie
Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna	Nie
Podiatria	Nie
Psychiatria i medycyna behawioralna	Nie
Radioonkologia	Nie
Radiologia	Nie
Medycyna rehabilitacyjna	Nie
Chirurgia	Nie
Urologia	Nie
Szpitale	Nie
Usługi laboratoryjne	Nie

Oddział/jednostka/grupa	Objęte zasadami pomocy finansowej					
	Zaktualizowano dnia 31.12.2018 r.					
	JSUMC	OMC	RMC	SOMC	BMC	RBMC
Anestezjologia	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
Stomatologia	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Pogotowie ratunkowe	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
Medycyna rodzinna	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Medycyna chorób wewnętrznych	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Położnictwo i ginekologia	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Okulistyka	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Ortopedia	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Patologia	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
Pediatrics	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Psychiatria	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Radioonkologia	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie
Radiologia	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak
Chirurgia	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie	Nie

Palisades Medical Center Updated 12/31/2018

Department/Entity/Group	Covered by Financial Assistance Policy
Anesthesiology	No
Emergency Medicine	No
Pathology	No
Radiology	No
Hospitalists	No
Intensivists	No
Cardiology	No

„Nie” – Polityka pomocy finansowej w szpitalach nie obejmuje tych oddziałów, jednostek ani grup. Należy się z nimi bezpośrednio skontaktować w celu potwierdzenia ich uczestnictwa. Członkowie Meridian Medical Group uczestniczą w programie szpitali FAP i przynależą do oddziałów medycyny, onkologii, chirurgii, położnictwa i ginekologii oraz pediatrii.

Informacje o dostawcy świadczeń dostępne na stronie internetowej szpitali

A. Strona internetowa: informacje o dostawcy świadczeń są dostępne online na następującej stronie internetowej: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

B. Lista dostawców Papierową kopię wykazu dostawców można uzyskać, korzystając z jednej z następujących metod:

a) Poczta: pisząc na następujący adres:

- 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

iRaritan Bay Medical Center - 1945 Route 33, Neptune NJ, 07753

b) Osobiście: udając się osobiście do Działu Pomocy Finansowej (czynny od poniedziałku do piątku w godz. 8:00–16:00), pod następującym adresem:

- 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) Telefonicznie: z Działem pomocy finansowej można skontaktować się pod numerami (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC lub (732) 902-7080 we wszystkich innych lokalizacjach.