

**HMH Hospitals Corporation**  
**Manuale del Regolamento Amministrativo**

**Politica di assistenza finanziaria N.:**  
**1845**

**Data di entrata in vigore: Gennaio 2016 modificato e combinato il 1 Gennaio 2018 per la costituzione di HMH Hospitals Corporation**

---

**Finalità:**

Identificare le regole che disciplinano la riscossione di tutte le tariffe associate alla cura dei pazienti delle strutture rese presso la HMH Hospitals Corporation (da qui in poi denominata "Ospedali") e i processi di interazione tra il paziente, il garante e gli ospedali Personale di servizio clienti e registrazione.

L'adesione a questa politica comporterà l'uniformità delle entrate degli ospedali, pur mantenendo la reputazione per la quale gli ospedali sono noti. L'adesione a questa politica aumenterà anche la consapevolezza delle opzioni di assistenza finanziaria disponibili per i pazienti idonei che necessitano di cure di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico e delineerà le procedure attraverso le quali questi pazienti possono richiedere assistenza finanziaria.

L'obiettivo sarà migliorare la comunicazione con i nostri pazienti, aumentare la trasparenza dei prezzi, aumentare il pre-servizio di riscossione dei contanti e migliorare significativamente le relazioni paziente e pubblico fornendo ai nostri pazienti le informazioni di cui hanno bisogno per comprendere il prezzo delle loro cure. Inoltre, gli ospedali si impegnano ad aumentare l'accesso ai propri servizi fornendo un maggiore accesso alla copertura da parte di tutti i membri della comunità.

***HMH Hospitals Corporation:***

*HMH Hospitals Corporation (i centri medici degli ospedali includono il Bayshore Medical Center, l'Hackensack University Medical Center, il Jersey Shore University Medical Center, il Ocean Medical Center, il Palisades Medical Center, il Raritan Bay Medical Center, il Riverview Medical Center e il Southern Ocean Medical Center) hanno istituito una missione per soddisfare le esigenze mediche delle comunità che serve. Una solida politica finanziaria impegnata in protocolli di credito e raccolta ragionevoli, nonché in opzioni globali di assistenza finanziaria, è estremamente importante e fondamentale per la missione degli ospedali. HMH Hospitals Corporation manterrà una politica di trasparenza dei prezzi comunicando la responsabilità finanziaria ai propri pazienti prima dei servizi resi esclusi i servizi di emergenza e traumatologici. La politica sarà sempre rispettosa delle situazioni finanziarie dei suoi pazienti e manterrà la dignità delle persone coinvolte, in linea con la legge applicabile del New Jersey che disciplina Charity Care, PL 1992, Capitolo 160.*

Si prega di notare che, in conformità con la legge sull'emergenza per il trattamento medico e il lavoro attivo del 1986 (EMTALA), le persone con condizioni mediche d'emergenza saranno controllate e stabilizzate indipendentemente dalla loro capacità di pagamento. Tali servizi non saranno ritardati, negati o altrimenti qualificati per qualsiasi motivo, incluso, ma non limitato a, richieste relative al pagamento. Cfr. *Politica amministrativa 558-1, Trasferimento di pazienti e trattamento medico di emergenza e legge sul lavoro attivo (EMTALA).*

---

## **I. Pagamento anticipato - Popolazione generale dei pazienti**

### **Regolamento:**

Ai fini della presente polizza, la "parte di auto-pagamento" per i pazienti assicurati è definita come l'importo dovuto dal paziente (e / o dal garante) per tutti i conti definiti dal pagatore. Il termine "porzione di auto-pagamento per il paziente non assicurato" è definito come il nostro tasso di assistenza compassionevole. Il termine "struttura" si riferisce ai prezzi per "l'uso di questa struttura" e non ai prezzi per l'ufficio del medico o per le spese mediche. Il termine "partecipazione al costo" si riferisce a un importo deducibile, in parte coperto da assicurazione o di pagamento parziale

In generale, un paziente e/o un garante avranno una responsabilità autonoma nei seguenti casi:

- A. Il paziente non ha copertura sanitaria per i servizi della struttura.
- B. Il paziente ha una copertura sanitaria per i servizi delle strutture; tuttavia, il servizio da fornire non è coperto dalla sua copertura sanitaria (esempio, chirurgia estetica).
- C. Il paziente ha una copertura sanitaria, tuttavia, previa verifica della copertura sanitaria, si determina che il paziente ha una quota di spesa dovuta. Tale importo può assumere la forma di una franchigia annuale, di una co-assicurazione applicabile o di un pagamento per servizi di prestazione rese.
- D. Il paziente ha una penalità per i servizi fuori rete (gli ospedali non partecipano per una rete specifica). Questa sanzione è imposta dai pagatori quando un paziente viene curato da una struttura e/o da un medico fuori rete. La sanzione varierà in base alla copertura ospedaliera dei pazienti. Aumentare la trasparenza nei servizi di assistenza sanitaria fuori rete, gli ospedali comunicheranno ai pazienti se la struttura è in rete o fuori rete in relazione al piano di prestazioni sanitarie del paziente; avvisare i pazienti che, se la struttura è in rete, il paziente non dovrà sostenere alcun costo esterno al di fuori di quelli tipicamente applicabili a una procedura in rete, a meno che il paziente consapevolmente, volontariamente e selezioni in modo specifico un -fornitore di rete per fornire servizi; informare i pazienti che, se la struttura è fuori dalla rete, il paziente avrà una responsabilità finanziaria applicabile ai servizi di assistenza sanitaria forniti in una struttura fuori dalla rete.
- E. Il paziente ha esaurito la propria copertura sanitaria per l'attuale periodo di indennità (anno di indennità, anno civile e / o massimi della vita).

**Se un paziente / garante ha una copertura sanitaria per le strutture, è necessario utilizzare le seguenti linee guida per determinare e / o riscuotere i saldi di auto-pagamento:**

**A. Franchigia ospedaliera Medicare** - La franchigia ospedaliera Medicare per il 2018 è di \$ 1.340,00.

### **B. Co-assicurazione ambulatoriale Medicare**

Se il paziente non è coperto da un'assicurazione secondaria, deve essere riscosso l'importo della co-assicurazione come indicato nel Programma di pagamento APC degli ospedali. L'importo corretto è disponibile nella colonna "Co-Assicurazione". Se il servizio reso non appare nell'elenco degli APC, fare riferimento al Programma delle commissioni Medicare appropriato basato sul servizio reso (Medicina riabilitativa, mammografie, MICU / AMB, Clinical Lab, Diabetes Education, ecc.)

Si prega di avvisare il beneficiario che si tratta di una spesa non calcolata stimata. Se la responsabilità è maggiore, al paziente verrà addebitato il saldo. Se è inferiore all'importo raccolto, al paziente verrà rimborsato l'importo in eccesso.

### **C. Medicaid**

*In generale*, non ci sono spese vive per il destinatario / paziente per i servizi coperti. Sulla base del livello di copertura Medicaid, tuttavia, potrebbero esserci spese vive per la co-assicurazione e / o un servizio non coperto.

### **D. Copertura Blue Cross e Blue Shield**

Confermare la responsabilità del paziente o le spese vive / il prezzo verificando elettronicamente (RTE - Idoneità in tempo reale o sito Web del pagatore) o contattando Blue Cross. Verificare se esiste una responsabilità del paziente e / o un servizio non coperto. Ottenere l'importo della quota di costo e informare il paziente. L'importo del rimborso di **Emergency Trauma Center ("ETC")** deve essere verificato tramite la verifica di idoneità RTE o accedendo al sito Web del pagatore. Se non è possibile verificare tramite RTE o il sito Web del pagatore, l'importo del pagamento è riportato sul documento di identità dell'assicurazione del paziente. Come ultima risorsa, contattare direttamente il pagatore corrispondente.

### **E. Pagatori di cure commerciali e gestite**

Confermare la responsabilità del paziente o le spese vive / il prezzo verificando elettronicamente (RTE o sito Web del pagatore) o contattando il pagatore. Verificare se esiste una responsabilità del paziente e / o un servizio non coperto. Ottenere l'importo della quota di costo e informare il paziente. L'importo del pagamento ETC deve essere verificato tramite la verifica di idoneità RTE o accedendo al sito Web del pagatore. Se non è possibile verificare tramite RTE o il sito Web del pagatore, l'importo del pagamento è riportato sul documento di identità dell'assicurazione del paziente. Come ultima risorsa, contattare direttamente il pagatore corrispondente.

#### **1. Ricoveri elettivi ospedalieri, chirurgia in giornata e pazienti ambulatoriali in un letto (visite programmate)**

##### **a. I pazienti, con o senza assicurazione, devono ottenere l'autorizzazione finanziaria:**

- i. Prima o alla data del test di pre-ammissione; o
- ii. Entro e non oltre le 12:00, tre (3) giorni lavorativi prima della procedura

***Il termine "liquidazione finanziaria" si riferisce alla verifica assicurativa, alla riscossione di tutte le spese vive per tutti i pazienti e al conseguimento di tutte le pre-certificazioni, autorizzazioni e / o referenze richieste per quei pazienti con assicurazione. Per coloro che hanno un'assicurazione, le spese vive possono comprendere importi deducibili, co-assicurazione e co-pagamento, nonché tutti i costi esclusi dalla copertura (procedure non coperte). Per coloro che non dispongono di assicurazione, le spese vive sono soggette alle tariffe di assistenza compassionevole di HMH Hospitals Corporation.***

Se un paziente non viene autorizzato finanziariamente entro il termine stabilito, il Direttore Clinico o l'Amministratore dell'area di servizio verrà informato e successivamente determinerà la necessità medica delle condizioni del paziente in merito alla procedura / test.

##### **b. Pre-ricoveri**

HMH Hospitals Corporation pre-registrerà tutti i servizi opzionali quando possibile. Il metodo di pagamento deve essere identificato prima dell'ammissione del paziente, comprese le porzioni di auto-pagamento e i precedenti saldi in sospeso. Le valutazioni finanziarie verranno effettuate prima della procedura pianificata del paziente. Se necessario, un accordo finanziario sarà garantito prima della procedura programmata del paziente sulla base delle alternative di pagamento delineate in questa politica a partire dalla Sezione II (E).

## **2. Autosufficienza elettiva ambulatoriale**

I pazienti, con o senza assicurazione, devono essere liquidati finanziariamente entro e non oltre le 12:00, tre (3) giorni lavorativi prima della procedura.

***Il termine "liquidazione finanziaria" si riferisce alla verifica assicurativa, alla riscossione di tutte le spese vive per tutti i pazienti e al conseguimento di tutte le pre-certificazioni, autorizzazioni e / o referenze richieste per quei pazienti con assicurazione. Per coloro che hanno un'assicurazione, le spese vive possono comprendere importi deducibili, co-assicurazione e co-pagamento, nonché tutti i costi esclusi dalla copertura (procedure non coperte). Per coloro che non dispongono di assicurazione, le spese vive sono soggette alle tariffe di assistenza compassionevole di HMH Hospitals Corporation.***

Se un paziente non viene autorizzato finanziariamente entro il termine stabilito, il Direttore clinico o l'amministratore dell'Area di servizio verrà informato e successivamente determinerà l'urgenza delle condizioni del paziente in merito alla procedura / test.

**3. Ricoveri/ trasferimenti / ammissioni dirette urgenti** L'ammissibilità e la verifica dei benefici avranno luogo al momento del ricovero per i pazienti ricoverati presso la HMH Hospitals Corporation come urgenti, trasferimenti o ammissione diretta.

## **4. Centri Traumatologici di Emergenza (ETC)**

HMH Hospitals Corporation continuerà a valutare e trattare le condizioni mediche del paziente prima di discutere qualsiasi accordo di pagamento finanziario. HMH Hospitals Corporation non negherà il servizio nell'ETC. Dopo aver verificato che il paziente è stato sottoposto a screening, stabilizzato e l'approvazione è stata data dal medico del paziente, il paziente verrà contattato nel tentativo di raccogliere la responsabilità del paziente.

HMH Hospitals Corporation addebiterà tutta la copertura sanitaria inclusa Medicare, Medicaid e i pagatori di terze parti, dopo la verifica di idoneità.

**5. Accordi di assistenza gestita - Pazienti con assicurazione** HMH Hospitals Corporation ha specifici accordi di gestione assistenza. La responsabilità del paziente sarà determinata dal pagatore terzo. L'importo in dollari verrà calcolato utilizzando la tariffa contrattata concordata con il pagatore.

**Si prega di fare riferimento all'Appendice A di questo Regolamento per il calendario delle raccolte di pazienti degli ospedali per ulteriori informazioni sul processo di raccolta e sulla conformità con il codice interno delle entrate §501 (r) (6).**

## **II. Politica di assistenza finanziaria**

Per i casi che coinvolgono il trattamento di bambini qualificati o pazienti Medicaid, fare riferimento alla *Politica amministrativa 1846, Politica di assistenza finanziaria (Assistenza di beneficenza / Cura dei bambini / Medicaid)*.

Si prega di notare che non tutti i servizi forniti all'interno delle strutture ospedaliere sono coperti da questa politica. Fare riferimento all'Appendice B per un elenco di fornitori per dipartimento che forniscono servizi di emergenza o altri servizi sanitari necessari dal punto di vista medico all'interno della struttura ospedaliera. Questa appendice specifica quali fornitori sono coperti da questa politica e quali no. L'elenco dei fornitori verrà rivisto trimestralmente e aggiornato, se necessario.

**A. Politica di sconto per l'assistenza** compassionevole ospedaliera Quando lo sconto per

l'assistenza compassionevole viene applicato a un conto, l'importo totale dovuto si baserà sulle tariffe di Assistenza compassionevole per pazienti ricoverati e ambulatoriali per i servizi resi. Le tariffe Compassionevoli di degenza ospedaliera sono le tariffe DRG di Medicare per l'anno in corso. Le tariffe di assistenza compassionevole ambulatoriale si basano sulla tariffa APC di Medicare per due volte o sulla tariffa di pianificazione delle tariffe Medicare per due volte a seconda del servizio reso.\*\*\* Queste sono le tariffe finali. **Non verranno applicati ulteriori sconti a tali tassi, tuttavia, nessun soggetto idoneo alla FAP verrà addebitato in misura superiore agli importi generalmente fatturati ("AGB") (definito in seguito).**

## **B. Politica di attualizzazione dello Stato del New Jersey 15**

In forza dal 04/02/09, i pazienti non assicurati il cui reddito familiare è compreso tra il 300% e il 500% delle Linee guida federali sulla povertà saranno sottoposti a screening utilizzando il nostro attuale processo di screening di beneficenza. Una volta qualificato, rivedi il pagatore principale in "Q76" - "New Jersey State 15 Care". Le tariffe di degenza ospedaliera del New Jersey State 15 sono le tariffe DRG di Medicare per l'anno in corso. Le tariffe delle cure ambulatoriali del New Jersey State 15 si basano sui tempi della tariffa APC Medicare del 115% o sulla tariffa di pianificazione della tariffa Medicare del 115% a seconda del servizio reso.

I saldi pagati in autonomia non coperti dall'assicurazione (franchigie, assegni e co-pagamenti) non saranno scontati, a meno che il paziente non si qualifichi diversamente in base a questa politica.

## **C. Calcoli di importi generalmente fatturati ("AGB") per cure di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico**

In conformità con il codice delle entrate interno § 501 (r) (5), in caso di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico, i pazienti ammissibili all'assistenza finanziaria ai sensi della presente polizza non verranno addebitati più di una persona che ha un'assicurazione che copre tale assistenza.

Una persona ritenuta ammissibile all'assistenza finanziaria che richiede cure di emergenza o altre cure necessarie dal punto di vista medico verrà addebitata **al minore di:**

1. L'importo calcolato per le sezioni (II) (A) - (B) sopra; o
2. AGB.

L'Hackensack University Medical Center e il Palisades Medical Center AGB sono calcolati utilizzando la tariffa di assistenza Medicare per l'assistenza più gli assicuratori sanitari privati. Una descrizione delle seguenti percentuali e metodologie di calcolo può essere ottenuta richiedendola gratuitamente per iscritto. Le percentuali attuali di AGB sono le seguenti:

1. Ricovero: 26%
2. Ambulatoriale: 32%
3. Ambulatoriale Pronto Soccorso: 22%

Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center e Raritan Bay Medical Center AGB sono calcolati utilizzando il metodo di pagamento futuro ed equivale alla tariffa Medicare per le tariffe del servizio.

## **D. Modalità di pagamento**

Gli Ospedali accettano le seguenti forme di pagamento:

1. Contanti
2. Vaglia postale
3. Carta di credito selezionata: Visa, MasterCard, American Express, Discover
4. Carte di debito con il logo Visa o MasterCard

5. Assegni Circolari
6. Assegni bancari
7. Bonifico bancario

**E. Piano di accordi finanziari degli ospedali** È possibile stabilire accordi finanziari su richiesta. È richiesto un deposito minimo e il saldo successivo può essere collocato su un piano di rate senza interessi.

**F. Accordi finanziari per conti con saldi insoluti** Tutti gli accordi saranno avviati utilizzando il modulo di pagamento dell'accordo finanziario. Tutti i moduli compilati devono essere distribuiti come segue:

- Una copia va al paziente, se richiesta. (Accordo finanziario ambulatoriale, inglese) (Accordo finanziario ambulatoriale, spagnolo) e (Accordo finanziario ambulatoriale, inglese) (Accordo finanziario ambulatoriale, spagnolo o coreano)

L'accordo finanziario sarà rivisto nella sua interezza con il paziente / garante. La seguente sezione apparirà nell'accordo:

*"Riconosco che il mancato rispetto degli obblighi definiti nel piano di pagamento comporterà l'invio da parte di HMM Hospitals Corporation del mio conto agli incassi. Riconosco anche che se questo accordo è inadempiente, eventuali tariffe scontate concordate torneranno alle spese complete " e, " Tutte le spese al momento della registrazione sono stimate e basate su un piano di trattamento medico e sono soggette a modifiche. Tieni presente che a nessun soggetto idoneo alla FAP verrà addebitato un importo superiore a AGB "*

#### **G. Programmi di assistenza finanziaria - New Jersey Medicaid o Charity Care**

Tutti i pazienti che non sono in grado di pagare le tariffe di assistenza compassionevole degli ospedali verranno inizialmente indirizzati a un consulente finanziario. Se il consulente finanziario non è in grado di liquidare finanziariamente il paziente, il paziente verrà indirizzato all'unità di assistenza finanziaria. Questa unità determinerà se il paziente si qualifica per uno dei programmi di diritto.

#### **H. Politica internazionale per i pazienti (pazienti stranieri):**

##### **Definizione paziente internazionale degli ospedali:**

***Pazienti che attualmente risiedono in un paese straniero e che viaggiano negli Stati Uniti per ricevere cure presso la HMM Hospitals Corporation per servizi specifici. Questi servizi sono predisposti e NON sono soggetti alle disposizioni di assistenza finanziaria descritte nel presente regolamento***

Tutti i pazienti internazionali che pre-organizzano di venire in ospedale da paesi stranieri per ricevere cure mediche prestabilite riceveranno una tariffa di rimborso approvata per i servizi inclusi, ma non limitati a:

- Centro
- Programmi di trapianto di organi
- Oncologia
- Ortopedia
- Procedure di urologia

Questi pazienti saranno programmati per queste visite, in quel momento verranno presi accordi per un bonifico bancario (incluso il numero di telefono per bonifico bancario) a copertura del trattamento. Il bonifico bancario deve essere effettuato cinque (5) giorni lavorativi prima della visita del paziente negli ospedali. Qualsiasi parte del pagamento anticipato non utilizzata verrà rimborsata.

### **III. Richiesta di assistenza finanziaria**

#### **a. Lingue disponibili**

La sintesi medica, la domanda e il riassunto della lingua semplice del Medical Center ("PLS") sono disponibili in inglese e nella lingua principale delle popolazioni con scarsa conoscenza della lingua inglese ("LEP") che costituiscono il minore di 1.000 individui o il 5% del primario degli ospedali area di servizio. Questi documenti sono disponibili sul sito web degli ospedali e gratuitamente su richiesta.

#### **b. Visualizzazione e stampa delle informazioni sul sito web degli Ospedali**

Sito Web: un individuo può visualizzare le informazioni sull'assistenza finanziaria online sul seguente sito Web: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

#### **c. Applicazione**

Una persona può richiedere assistenza finanziaria compilando una copia cartacea della domanda. L'applicazione cartacea è disponibile gratuitamente con uno dei seguenti metodi:

**a) Per posta:** scrivendo al seguente indirizzo e richiedendo una copia cartacea della domanda di assistenza finanziaria:

- Pazienti HUMC 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) Di persona:** di persona presso il dipartimento di assistenza finanziaria (dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 16:00), situato al seguente indirizzo:

- 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, Nettuno, NJ, 07753
- Booker Behavioural Health Center, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Behavioural Health Center, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

**c) Per telefono:** il dipartimento di assistenza finanziaria è raggiungibile al numero (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC o (732) 902-7080 in tutte le altre località

#### **d. Periodo di applicazione:**

Un individuo ha due anni dalla data in cui gli viene fornito il primo estratto conto post-dimissione per richiedere assistenza finanziaria. Le domande incomplete non vengono prese in considerazione, ma i richiedenti vengono informati e viene data loro l'opportunità di fornire la documentazione / informazioni mancanti.

#### **e. Applicazioni completate:**

Si prega di inviare tutte le domande completate al dipartimento di assistenza finanziaria (fare riferimento all'indirizzo sopra riportato, indicato anche nelle dichiarazioni di fatturazione). Solo i dati forniti dal richiedente verranno utilizzati per l'approvazione dell'assistenza finanziaria.

## **APPENDICE A: Cronologia delle raccolte dei pazienti di HMH Hospitals Corporation - Per i servizi ambulatoriali e ambulatoriali**

Hospitals fornisce dichiarazioni di fatturazione per i servizi resi dopo che l'assicurazione ha elaborato il reclamo. I saldi dopo l'assicurazione comprendono:

1. Self-Pay (paziente senza assicurazione)
2. Auto-pagamento dopo l'assicurazione (l'assicurazione ha soddisfatto la propria responsabilità, il saldo residuo è a carico del paziente)
3. Assistenza di beneficenza negli ospedali (cure compassionevoli - tariffe scontate)
4. Auto-pagamento dopo Medicare (responsabilità del paziente come definito da Medicare).

Per quei pazienti senza assicurazione viene inviata una dichiarazione circa quattro giorni dopo la dimissione o la data del servizio.

**Ciclo di dichiarazione non Medicare:** il ciclo di fatturazione totale è di 62 giorni prima dell'invio del saldo alla raccolta. Una fattura viene inviata ai pazienti dopo che l'assicurazione ha soddisfatto la loro parte. Il pagamento integrale deve essere ricevuto entro la data di scadenza stabilita sull'estratto conto. Se il totale scaduto non viene ricevuto entro la data di scadenza, il paziente continuerà a ricevere le dichiarazioni successive (fino a tre in totale). Se il pagamento non viene ricevuto, una lettera di pre-raccolta finale verrà inviata al paziente che richiede il pagamento entro dieci giorni. Se il pagamento non viene ancora ricevuto, l'account verrà indirizzato a un'agenzia di recupero crediti.

**Ciclo di dichiarazione Medicare:** il ciclo di fatturazione totale è di 120 giorni prima dell'invio del saldo alla raccolta. Una fattura viene inviata ai pazienti dopo il pagamento di Medicare e di eventuali assicurazioni secondarie. Il pagamento integrale deve essere ricevuto entro la data di scadenza stabilita sull'estratto conto. Se il totale scaduto non viene ricevuto entro la data di scadenza, il paziente continuerà a ricevere le dichiarazioni successive (fino a quattro in totale). Se il pagamento non viene ricevuto, una lettera di pre-raccolta finale verrà inviata al paziente che richiede il pagamento entro dieci giorni. Se il pagamento non viene ancora ricevuto, l'account verrà indirizzato a un'agenzia di recupero crediti. In qualsiasi momento entro il periodo di 120 giorni viene effettuato un pagamento parziale, vengono concessi altri 120 giorni prima che il saldo venga inviato alla riscossione.

Seguono gli indirizzi per i pagamenti dei pazienti:

- Hackensack University Medical Center, casella postale 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 PO Box 416765, Boston, MA 02241-6765
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ. Box 416765, Boston, MA 02241-6765



**I pazienti con domande relative al proprio saldo possono chiamare il Servizio clienti al numero (551) 996-3355 HUMC, (201) 854-5092 PMC o (732) 776-4380 in tutte le altre località.**

***Le Azioni straordinarie di riscossione comprenderanno, tra l'altro, quanto segue: collocamento di privilegi sulla proprietà di un individuo, preclusione della proprietà di una persona, sequestro o vincolo del conto bancario di una persona o qualsiasi altra proprietà personale, avvio di un'azione civile contro un individuo, causando l'arresto dell'individuo e guarnire i salari di un individuo.*** Le azioni straordinarie di raccolta sono regolate dai seguenti periodi di tempo e inizieranno solo dopo che saranno stati compiuti sforzi ragionevoli per determinare se il paziente è idoneo alla FAP.

- 1. Periodo di notifica: gli ospedali devono informare la persona in merito alla Politica di incasso, pagamento e assistenza finanziaria prima di avviare qualsiasi azione di raccolta straordinaria per ottenere il pagamento e astenersi dall'avvio di azioni di raccolta straordinaria per almeno 120 giorni dalla data in cui il paziente riceve il primo post dichiarazione di fatturazione di scarico per cura.*
- 2. Periodo di domanda: un individuo ha due anni dalla data in cui gli viene fornita la prima dichiarazione di fatturazione post-dimissione per presentare una domanda. Se in qualsiasi momento entro il periodo di presentazione della domanda, le ECA saranno sospese.*
- 3. Tempo di attesa per azioni straordinarie di raccolta: gli ospedali devono fornire al paziente un preavviso di almeno trenta (30) giorni prima di intraprendere qualsiasi azione straordinaria di raccolta.*

**APPENDICE B: Fornitori per dipartimento che forniscono servizi di assistenza sanitaria d'emergenza o altri servizi sanitari necessari all'interno delle strutture ospedaliere**

**HUMC**

Dipartimento / Entità / Gruppo	Coperto dalla politica di assistenza
	Aggiornato il 31/12/2018
Anestesia	No
The Cancer Center	No
Odontoiatria	No
Medicina d'urgenza	No
Medicina di base	No
Medicina Interna	No
Neurochirurgia	No
Ostetricia e Ginecologia	No
Oftalmologia	No
Chirurgia ortopedica	No
Otorinolaringoiatria	No
Patologia	No
Pediatria	No
Chirurgia plastica e ricostruttiva	No
Podologia	No
Psichiatria e medicina comportamentale	No
Radioterapia Oncologica	No
Radiologia	No
Medicina riabilitativa	No
Chirurgia	No
Urologia	No
Internisti	No
Servizi di laboratorio	No

Dipartimento / Entità /	Coperto dalla politica di assistenza finanziaria					
	Aggiornato il 31/12/2018					
	JSUMC	OMC	RMC	SOMC	BMC	RBMC
Anestesia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Odontoiatria	No	No	No	No	No	No
Medicina d'urgenza	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Medicina di base	No	No	No	No	No	No
Medicina	No	No	No	No	No	No
Ostetricia e Ginecologia	No	No	No	No	No	No
Oftalmologia	No	No	No	No	No	No
Ortopedia	No	No	No	No	No	No
Patologia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Pediatria	No	No	No	No	No	No
Psichiatria	No	No	No	No	No	No
Radioterapia Oncologica	No	No	No	No	No	No
Radiologia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Chirurgia	No	No	No	No	No	No

#### 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

"No" - I membri di questo dipartimento non seguono le pratiche della Politica di assistenza finanziaria degli ospedali. Si prega di contattare i loro uffici per la conferma della loro partecipazione. I membri del Meridian Medical Group partecipano alla FAP degli ospedali e sono membri dei dipartimenti di Medicina, Oncologia, Chirurgia, Ostetricia e Ginecologia e Pediatria.

#### Visualizzare le informazioni sul provider sul sito Web degli ospedali

**A. Sito Web:** un individuo può visualizzare informazioni sull'assistenza finanziaria online sul seguente sito Web: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

**B. Elenco dei fornitori** Una persona può ottenere una copia cartacea dell'elenco dei fornitori con uno dei seguenti metodi:

**a) Per posta:** scrivendo al seguente indirizzo e richiedendo una copia cartacea:

- Pazienti HUMC 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) Di persona:** di persona presso il dipartimento di assistenza finanziaria (dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 16:00), situato al seguente indirizzo:

- 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, Nettuno, NJ, 07753
- Booker Behavioural Health Center, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Behavioural Health Center, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

**c) Per telefono:** il dipartimento di assistenza finanziaria è raggiungibile al numero (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC o (732) 902-7080 tutte le altre strutture