



Atlantic Health System

Política administrativa

Assunto: Assistência financeira para pacientes de baixa renda, não segurados e não suficientemente segurados

Data em vigor: 01/01/2021 **Substitui a Política com data de:** 01/01/2020

01/01/2019
01/01/2018
01/01/2017
01/01/2016
03/06/2015

Responsabilidade principal: Diretor – Serviços financeiros para pacientes

I. Propósito

Assegurar que todos os pacientes recebam serviços essenciais de cuidados de saúde de emergência ou outros necessários do ponto de vista médico prestados pelas instituições hospitalares do Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) independentemente da capacidade de pagamento. Esta política aplica-se a qualquer hospital do Atlantic Health System, incluindo o Morristown Medical Center, o Overlook Medical Center, o Chilton Medical Center, o Newton Medical Center, o Hackettstown Medical Center, o Atlantic Rehabilitation Institute e qualquer instituição do Atlantic Health System designada como prestadora de serviços, de acordo com a regulamentação 42 C.F.R. 413.65.

II. Política:

É política do Atlantic Health System assegurar que os pacientes recebam serviços de cuidado de saúde essenciais de emergência e outros necessários do ponto de vista médico, prestados por instalações hospitalares, independentemente da capacidade de pagamento de um paciente. A assistência financeira está disponível por meio de vários programas, conforme descrito na

Seção IV abaixo, para pacientes de baixa renda, não segurados e não suficientemente segurados, que não sejam capazes de pagar toda ou parte da conta hospitalar incorrida. Esta política se aplica a qualquer instalação hospitalar do Atlantic Health System, conforme observado acima, e qualquer instalação do Atlantic Health designada como prestador segundo as regulamentações federais que governam o status de prestador na 42 C.F.R. 413.65.

Assistência financeira e descontos estão disponíveis somente para cuidados de saúde de emergência ou outros serviços necessários do ponto de vista médico. Alguns serviços, incluindo, sem limitação, honorários médicos, honorários de anesthesiologistas, interpretação de radiologia e prescrições de pacientes ambulatoriais são separados das cobranças hospitalares e podem não se qualificar para assistência financeira pelo Atlantic Health System. Uma lista de todos os prestadores, que não a instalação hospitalar em si, que prestam cuidados de emergência e outros serviços necessários do ponto de vista médico, por instalação, especificando quais prestadores estão ou não estão cobertos por esta Política de Assistência Financeira (Financial Assistance Policy, “FAP”) pode ser encontrada no Anexo A desta FAP. A listagem de prestadores de serviços 3 será revisada trimestralmente e atualizada se necessário.

III. Geral:

- A. O Atlantic Health System prestará serviços de cuidados de saúde, tanto de internação como ambulatoriais, a todos os residentes de Nova Jérsei que estejam em necessidade de cuidados de emergência ou outros necessários do ponto de vista médico, independentemente da capacidade de pagamento do paciente para tais serviços e se tais pacientes podem se qualificar, e em que medida, para assistência médica mediante esta FAP.
- B. O Atlantic Health System não se envolverá em ações que desencorajem indivíduos de buscar cuidado médico de emergência, como demandar que os pacientes do departamento de emergência efetuem o pagamento antes de receberem tratamento ou ao permitir atividades de coleta de dívida no departamento de emergência ou em outras áreas onde tais atividades possam interferir com a prestação de cuidados de emergência em bases não discriminatórias.
- C. A FAP do Atlantic Health System, o requerimento de assistência financeira e o Resumo em Linguagem Simples (Plain Language Summary, “PLS”) estão todos disponíveis online no seguinte site: <http://www.atlantichealth.org/financialassistance>
- D. A FAP do Atlantic Health System, o requerimento de assistência financeira e o PLS estão disponíveis em inglês e no idioma primário da população com proficiência limitada em inglês que constitui menos de 1.000 indivíduos ou 5% da comunidade atendida por cada área de serviço primário da instalação hospitalar. As traduções da FAP, do requerimento de assistência financeira e do PLS estão disponíveis nos idiomas

definidos no Anexo B desta FAP. Será feito todo o esforço para assegurar que a FAP, o requerimento de assistência financeira e o PLS são comunicados com clareza aos pacientes cujos idiomas primários não estejam incluídos entre as traduções disponíveis.

- E. Cópias impressas da FAP, do requerimento de assistência financeira e do PLS estão disponíveis gratuitamente mediante solicitação por correio, e são fornecidas em várias áreas das instalações hospitalares, incluindo os departamentos de admissão, departamentos de emergência, e os escritórios de aconselhamento financeiro relacionados abaixo. Os requerimentos de assistência financeira podem ser enviados pessoalmente por correio, por fax e por e-mail.

Escritórios de aconselhamento financeiro:

Morristown Medical Center: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, telefone: 973-971-8964

Overlook Medical Center: 99 Beauvoir Avenue, Summit, New Jersey 07901, Financial Counseling Office, telefone: 908-522-4689

Chilton Medical Center: 97 West Parkway, Pompton Plains, New Jersey 07444, Financial Counseling Office, telefone: 973-831-5113

Newton Medical Center: 175 High Street, Newton, New Jersey 07860, Financial Counseling Office, telefone: 973-579-8407

Hackettstown Medical Center: 651 Willow Grove Street, Hackettstown, New Jersey 07840, Escritório de Aconselhamento Financeiro, telefone: 908-850-6902

Atlantic Rehabilitation Institute: 100 Madison Avenue, Morristown, New Jersey 07960, Financial Counseling Office, telefone: 973-971-8964.

- F. Se os pacientes precisarem de assistência na obtenção de cópias impressas da FAP, do requerimento de assistência financeira e do PLS, eles poderão entrar em contato com o departamento de atendimento ao cliente pelo número 1-800-619-4024 ou visitar ou contatar os escritórios de aconselhamento financeiro relacionados acima.
- G. Placas ou cartazes serão colocados visivelmente em locais públicos do hospital, incluindo as áreas de admissão, departamentos de emergência e escritórios de aconselhamento financeiro que notifiquem e informem os pacientes sobre a disponibilidade de assistência financeira.
- H. O PLS será oferecido a todos os pacientes como parte do processo de admissão.

- I. O Atlantic Health System está comprometido em oferecer assistência financeira a pacientes qualificados que não tiverem a capacidade de pagar pelos serviços de cuidado de saúde de emergência ou outros necessários do ponto de vista médico no todo ou em parte. Para realizar esta meta benevolente, o Atlantic Health System divulgará amplamente esta FAP, o requerimento de assistência financeira e o PLS nas comunidades que atua por meio de colaborações com agências de serviço social locais e sem fins lucrativos.
- J. Pacientes ou representantes podem solicitar assistência financeira. Os pacientes ou seus representantes podem ser encaminhados aos conselheiros financeiros pelos funcionários do Atlantic Health System, médicos que fazem o encaminhamento ou outros. Os conselheiros financeiros explicarão os requisitos para os programas de assistência financeira disponíveis e determinarão se um paciente se qualifica para um programa de assistência financeira disponível. Esses pacientes que solicitam assistência financeira serão requisitados a completar o requerimento de assistência financeira do Atlantic Health System (incluindo as páginas de certificação) e a fornecer a documentação de apoio definida no requerimento para serem considerados para assistência financeira. Os materiais traduzidos e intérpretes serão usados, se necessário, para permitir uma comunicação significativa com os indivíduos que possuem proficiência limitada no inglês.
- K. Um paciente não segurado tem até 365 dias a partir da data do extrato de fatura após a alta para enviar um requerimento de assistência financeira completo. Um paciente segurado ou não suficientemente segurado tem até 365 dias a partir do primeiro extrato de fatura após a alta, o qual reflete o processamento por uma seguradora, para enviar um requerimento de assistência financeira completo.

IV. Programas de assistência financeira:

Os pacientes do Atlantic Health System podem se qualificar para cuidados gratuitos ou com desconto sob os vários programas descritos abaixo. Em cada caso, o Atlantic Health System terá sido considerado como tendo prestado assistência financeira na quantia igual às cobranças brutas pelos serviços prestados, descontada quantias pagas pelo paciente ou pela seguradora do paciente (se houver) e qualquer reembolso governamental ou pagamento por tais serviços. O Atlantic Health System relatará tais quantias líquidas (sujeitas à aplicação de um índice de custo/cobrança nos casos em que a assistência financeira é apropriadamente relatada com base nos custos em vez de cobranças) como assistência financeira fornecida pela organização.

A. Programas do Estado de Nova Jérsei:

1. Charity Care:

Esse programa cobre somente cobranças hospitalares de cuidado agudo para serviços necessários do ponto de vista médico que seriam cobertos sob o programa estadual Medicaid se o paciente estivesse qualificado para o Medicaid. O escritório de aconselhamento financeiro determinará se o requerente está qualificado em, no mais tardar, dez (10) dias úteis a partir do dia de recebimento do requerimento inicial concluído. Se o requerimento estiver incompleto (p. ex., comprovante de renda/bens não fornecido ou inadequado) será emitida uma recusa por escrito, a qual dará em detalhes a documentação adicional necessária para obter aprovação. Um requerente não segurado tem até 365 dias da data do extrato de fatura após a alta para reenviar um requerimento para Charity Care com a documentação exigida. Um requerente segurado ou insuficientemente segurado tem até 365 dias da data do extrato de fatura após a alta que reflete o processamento por uma seguradora para reenviar um requerimento para Charity Care com a documentação exigida. Um paciente que se qualifique para Charity Care receberá cuidados gratuitos ou um desconto das cobranças brutas, de acordo com as diretrizes estabelecidas no **Anexo C.**

Os requerentes que não se qualificarem poderão reenviar um requerimento em data futura quando se apresentarem para os serviços e suas circunstâncias financeiras tiverem mudado.

O Charity Care é um programa estadual disponível aos residentes de Nova Jersey que:

- a. Não têm seguro de saúde ou têm seguro de saúde que somente pague por parte da conta,
- b. Não se qualificam para nenhuma cobertura privada ou patrocinada pelo governo (como segurança social - aposentadoria e invalidez); aposentadoria e invalidez); renda de seguro social (Social Security Income, SSI) suplementar pela Medicaid ou Medicaid), e
- c. Atendem aos critérios de qualificação por renda e bens definidos pelo Estado.

Critérios adicionais requisitados para qualificação para o Charity Care:

- a. Os pacientes serão triados para o programa Charity Care, que cobre (i) 100% das cobranças de pacientes com renda familiar bruta inferior a 200% do nível de pobreza federal; e (ii) uma parte das cobranças de pacientes com renda familiar bruta entre 200% e 300% do nível de pobreza federal de acordo com as diretrizes definidas no **Anexo C**.
- b. Os limites de qualificação para o Charity Care são um máximo de bens de um indivíduo de US\$ 7.500 e máximo de bens de família de US\$ 15.000. Para os propósitos desta Seção, os membros da família cujos bens devem ser considerados estão definidos em N.J.A.C. 10:52-11.8(a) da seguinte maneira. O tamanho da família de um requerente adulto inclui o requerente, o cônjuge, filhos menores de idade que ele ou ela sustenta, e adultos por quem o requerente é legalmente responsável. O tamanho da família para um requerente menor de idade inclui ambos os pais, o cônjuge de um pai e/ou mãe, irmãos menores de idade e adultos na família por quem o pai e/ou mãe do requerente seja responsável(eis). Se um requerente documentar que ele ou ela foi abandonado por um cônjuge ou pai/mãe, esse cônjuge ou pai/mãe não deve ser incluído como membro da família. Uma mulher grávida conta como dois membros da família.

A documentação necessária de acordo com a Seção Charity Care do Hospital Services Manual (Manual de Serviços Hospitalares), N.J.A.C. 10:52 et seq., inclui:

- a. Documentos apropriados de identificação do paciente e familiares. Isso pode incluir um dos seguintes: carteira de motorista, carteira de segurança social, cartão de registro de estrangeiro (green card), certidão de nascimento, contracheque, passaporte, visto, etc.
- b. Comprovante de residência em Nova Jérsei na data do serviço (obs: em certas circunstâncias, o cuidado de emergência é uma exceção ao requisito de residência). Isso pode incluir um dos seguintes: carteira de motorista, carteira de registro de eleitor, carteira de associação, carteira de seguro ou de identificação de plano de assistência social (welfare), carteira de identificação de estudante, conta de serviço público, declaração de imposto de renda federal, declaração de imposto de renda estadual ou declaração de benefícios de desemprego.
- c. Comprovante de renda bruta. Deve incluir os detalhes exigidos pelo hospital para determinar a renda bruta do paciente (um dos seguintes):
 - i. Renda bruta real nos 12 meses anteriores aos serviços.
 - ii. Renda bruta real nos 3 meses anteriores aos serviços.

iii. Renda bruta real no mês imediatamente anterior aos serviços

d. Prova de bens na data do serviço. Esses são itens prontamente conversíveis em dinheiro, como ações, títulos, IRAs, CDs, conta corrente e de poupança ou valor patrimonial de uma residência que não seja a principal.

2. Qualificação para cuidados com desconto sob N.J.S.A. 26:2H-12.52:

Pacientes não segurados que sejam residentes de Nova Jersey com renda familiar bruta abaixo de 500% do nível de pobreza federal se qualificarão para receber cuidados com desconto de acordo com a Seção IV.C. da FAP. Os requisitos de documentação aplicáveis ao Charity Care e estabelecidos na Seção A.1. acima se aplicam às determinações de qualificação sob esta Seção, exceto que os limites de bens do indivíduo e da família não devem ser aplicados para qualificação para os cuidados com desconto sob esta Seção.

3. Programa do Fundo de Ajuda para Crianças com Doenças Catastróficas:

O Programa do Fundo de Ajuda para Crianças com Doenças Catastróficas do Estado de Nova Jersey presta assistência financeira a famílias de crianças com doenças catastróficas. Informações sobre qualificação, gastos qualificáveis e como fazer requerimento para assistência podem ser encontradas em <http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home/>.

4. Escritório de Compensação a Vítimas de Crime de Nova Jersey

O Estado de Nova Jersey estabeleceu o Escritório de Compensação a Vítimas de Crime de Nova Jersey para compensar vítimas de crimes por perdas e gastos, incluindo certos gastos médicos, resultantes de certos atos criminosos. Informações sobre qualificação, gastos qualificáveis e como solicitar assistência podem ser encontrados em at <http://www.nj.gov/oag/njvictims/application.html>.

B. Autopagamento:

1. Residentes de Nova Jersey

Pacientes não segurados que não se qualifiquem para o Charity Care ou qualquer outro tipo de programa de assistência financeira patrocinados pelos governos federal ou estadual serão cobrados da seguinte forma:

- i. Pacientes internados: Os pacientes que recebem tratamento necessário do ponto de vista médico com internação serão cobrados a taxa apropriada por DRG do Medicare mais 15% pelo serviço recebido.
- ii. Pacientes ambulatoriais: Pacientes que recebem serviços ambulatoriais no Morristown Medical Center e no Overlook Medical Center serão cobrados com desconto de 40% sobre as cobranças hospitalares. Pacientes do Newton Medical Center recebem desconto de 88%, os pacientes ambulatoriais do Chilton Medical Center recebem desconto de 82,4% e pacientes ambulatoriais do Hackettstown Medical Center recebem desconto de 89%.

2. Pacientes de outros estados e estrangeiros

- a. Pacientes internados: Os pacientes que recebem tratamento necessário do ponto de vista médico com internação serão cobrados a quantia da DRG do Medicare adequada mais 25% pelos serviços recebidos.
- b. Pacientes ambulatoriais: Pacientes que recebem serviços ambulatoriais no Morristown Medical Center e no Overlook Medical Center serão cobrados com desconto de 40% sobre as cobranças hospitalares. Pacientes do Newton Medical Center recebem desconto de 88%, os pacientes ambulatoriais do Chilton Medical Center recebem desconto de 82,4% e pacientes ambulatoriais do Hackettstown Medical Center recebem desconto de 89%.

C. Quantias geralmente cobradas

Pacientes não segurados que sejam residentes de Nova Jersey com renda familiar bruta abaixo de 500% do nível de pobreza federal que não se qualificam para os programas de assistência financeira custeados pelo governo federal ou estadual (com exceção do Charity Care) terão aplicação de um desconto à sua conta de acordo com a Seção IV. Mediante o envio de um requerimento de assistência financeira e a determinação de que o paciente é qualificado para assistência financeira conforme esta Seção, o paciente será cobrado o que for menor entre o percentual da AGB e a taxa Medicare apropriada mais 15%.

O Atlantic Health System escolheu usar o método "Look-Back" para cada instalação hospitalar respectiva. Os percentuais da AGB (por instalação hospitalar) são:

Morristown Medical Center: 25.5%

Overlook Medical Center: 26.4%

Chilton Medical Center: 19.4%

Newton Medical Center: 13.5%
Hackettstown Medical Center 17.8%

De acordo com a Seção 501(r) do Internal Revenue Section, cada instalação hospitalar utilizou o método "Look-Back" para calcular o respectivo percentual da AGB. Os percentuais da AGB foram calculados com base em todas as reivindicações permitidas ao longo de um período de 12 meses, divididas pelas cobranças brutas associadas a tais reivindicações. A combinação de pagadores a seguir foi selecionada para todos os estabelecimentos hospitalares: taxa por serviço do Medicare + todas as seguradoras de saúde privada.

As porcentagens AGB serão atualizadas anualmente dentro de cento e vinte (120) dias do fim do ano civil. Se o percentual da AGB calculada resultar em uma quantia **inferior** à quantia que o paciente deve, o paciente será responsável somente pela quantia calculada sob a AGB.

Se o percentual da AGB calculado resultar em uma quantia **superior** à quantia que o paciente deve, o paciente será responsável somente pela quantia calculada sob os programas de assistência financeira descritos acima.

V. Faturamento e política de cobranças

Esta Seção estabelece as políticas de faturamento e cobranças, os procedimentos do Atlantic Health System e explica as medidas que podem ser tomadas se uma conta de cuidados médicos, incluindo uma conta para o saldo restante após os descontos de assistência financeira terem sido aplicados, caso não esteja paga. As agências de cobrança e os advogados que atuam em nome do Atlantic Health System receberão uma cópia desta FAP.

Cada extrato de fatura incluirá um aviso visível sobre a disponibilidade de assistência financeira, juntamente com um número de telefone do escritório de aconselhamento financeiro da instalação hospitalar específica, onde um paciente poderá receber informações sobre a FAP e assistência com o requerimento para assistência financeira. O extrato de fatura também incluirá o endereço do site onde podem ser obtidas cópias da FAP, do requerimento para assistência financeira e do PLS.

- A. Período de notificação: O Atlantic Health System cobrará dos pacientes qualquer saldo pendente assim que o saldo do paciente for confirmado. Para pacientes não segurados, o primeiro extrato da fatura após a alta marcará o início do período de notificação de 120 dias, no qual nenhuma ação de cobrança extraordinária (extraordinary collection action, "ECA"), definida abaixo, pode ser iniciada contra o paciente. Para pacientes segurados ou insuficientemente segurados, o primeiro extrato da fatura após a alta refletindo o

processamento por uma seguradora marcará o início do período de notificação de 120 dias, no qual nenhuma ação ECA pode ser iniciada contra o paciente (o “período de notificação de 120 dias”).

- B. Quando um paciente estiver delinquentes no pagamento, será enviado um aviso ao paciente oferecendo para discutir o extrato de fatura para determinar se é necessária assistência financeira ou um plano de pagamento novo ou revisado. O Atlantic Health System pode acomodar pacientes que solicitam e estabelecem planos de pagamento.
- C. Quando nenhum pagamento tiver sido recebido ao fim do período de notificação de 120 dias e um paciente não fez um requerimento para assistência financeira ou providenciou um plano de pagamento alternativo junto ao escritório de aconselhamento financeiro ou escritório de atendimento ao cliente da instalação hospitalar, a conta do paciente será encaminhada para uma agência de cobranças. O Atlantic Health System informará o paciente por escrito se a conta deste for encaminhada para uma agência de cobranças se nenhum pagamento tiver sido recebido dentro de 10 dias (o “Aviso Final”). O Aviso Final informará o paciente sobre a disponibilidade de assistência financeira para pacientes qualificados e incluirá um número de telefone do escritório de aconselhamento financeiro da instalação hospitalar específica, onde um paciente pode receber informações sobre a FAP e assistência com o processo de requerimento para assistência financeira. O extrato de fatura também incluirá o endereço do site onde podem ser obtidas cópias da FAP, do requerimento para assistência financeira e do PLS.
- D. O Atlantic Health System pode autorizar agências de coleta e advogados que trabalham em nome do Atlantic Health System (um “Terceiro”) a iniciar ECAs para contas de pacientes delinquentes após o período de notificação e 120 dias. Quando uma conta tiver sido encaminhada a um Terceiro, o Terceiro confirmará que esforços razoáveis foram feitos para determinar se um paciente está qualificado para assistência financeira sob a FAP e que as seguintes medidas foram tomadas antes de iniciar uma ECA:
 - 1. O paciente recebeu um aviso por escrito (a “carta de 30 dias”), a qual: (a) indica que a assistência financeira está disponível pra pacientes qualificados; (b) identifica a(s) ECA(s) que o Terceiro pretende iniciar para obter pagamento pelo cuidado; e (c) declara um prazo após o qual tais ECAs podem ser iniciadas (cujo prazo não é anterior a 30 dias após a data em que o aviso é fornecido);
 - 2. A carta de 30 dias incluiu uma cópia de um resumo em linguagem simples da FAP; e
 - 3. O Atlantic Health System e/ou o Terceiro fizeram os esforços razoáveis para notificar verbalmente o paciente sobre a FAP e como o paciente pode obter ajuda com o processo de requerimento de assistência financeira.

- E. Quando tiver sido confirmado que esforços razoáveis foram feitos para determinar se um paciente está qualificado para assistência financeira sob a FAP, os Terceiros podem iniciar as seguintes ECAs contra um paciente para obter pagamento pelos cuidados prestados:
1. Ações que requerem um processo legal ou judicial, incluindo, sem limitação:
 - a. Colocar uma penhora sobre a propriedade do paciente, exceto conforme fornecido em I.R.C. Seção 501(r);
 - b. Anexar ou confiscar conta bancária do paciente;
 - c. Iniciar ação civil contra o paciente;
 - d. Embargar os rendimentos de um paciente.
 2. As ECAs não incluem penhoras sobre proventos de julgamentos por lesão pessoal, acertos ou comprometimentos, nem sobre reivindicações feitas sob processo de falência.
- F. Se for recebido um requerimento para assistência financeira incompleto, o Atlantic Health System dará ao paciente uma notificação por escrito que descreva as informações ou documentação adicionais exigidos para determinar se pode se qualificar segundo a FAP. O Atlantic Health System informará aos Terceiros que um requerimento de assistência médica incompleto foi enviado e os Terceiros suspenderão, por um período de 30 dias, quaisquer ECAs para obter o pagamento pelos cuidados.
- G. Se for recebido um requerimento completo para assistência financeira, o Atlantic Health System garantirá a realização do seguinte:
1. ECAs contra o paciente serão suspensas;
 2. Uma determinação de qualificação será feita e documentada oportunamente;
 3. O Atlantic Health System notificará o paciente por escrito sobre a determinação e a base para a determinação;
 4. Um extrato de fatura atualizado será fornecido, o que indicará a quantia devida pelo paciente qualificado segundo a FAP (se aplicável), como essa quantia foi determinada e o percentual da AGB aplicável.
 5. Quaisquer quantias pagas além da quantia devida pelo paciente qualificado segundo a FAP serão restituídas adequadamente (se aplicável); e
 6. Terceiros tomarão as medidas razoavelmente disponíveis para reverter quaisquer ECAs tomadas contra os pacientes para coletarem a dívida, tais como ação rescisória ou retirada de taxa ou penhora.

H. Se alguma das instalações hospitalares fizer determinações de qualificação presumidas, é necessário o seguinte:

1. Se for feita uma determinação presumida de que um paciente está qualificado para menos do que a assistência mais generosa sob a FAP, então o Atlantic Health System irá:
 - a. Notificar o paciente sobre a base para a determinação presumida de qualificação sob a FAP e explicar como requerer assistência mais generosa;
 - b. Dar ao paciente um período de tempo mais razoável para requerer assistência mais generosa antes de autorizar o início das ECAs para obter a quantia calculada com desconto;
 - c. Determinar novamente a situação de qualificação do paciente sob a FAP se um requerimento para assistência financeira completo for recebido.

Referências:

Internal Revenue Service, 26 CFR Partes 1, 53 e 602, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule; N.J.S.A. 26:2H-12.52; N.J.A.C. 10:52

Brian Gragnolati, presidente/diretor executivo
Atlantic Health System, Inc. Página 10 de 13

Data

ANEXO A

LISTA DE PRESTADORES

A Política de Assistência Financeira (Financial Assistance Policy, “FAP”) do Atlantic Health System, Inc. (“Atlantic Health System”) se aplicará a cuidados médicos de emergência ou de outra natureza prestados em um hospital do Atlantic Health System ou em um ambulatório do prestador cobrados pela AHS Hospital Corp., uma subsidiária da Atlantic Health System.

A FAP se aplicará a cuidados médicos ambulatoriais de emergência ou de outra natureza prestados em um hospital do Atlantic Health System por médicos do Practice Associates Medical Group, P.A. d/b/a (“AMG”). A FAP não se aplicará a honorários profissionais cobrados por médicos da AMG por cuidados prestados fora de um hospital do Atlantic Health System.

OUTROS PRESTADORES PODEM PARTICIPAR DOS CUIDADOS PRESTADOS A VOCÊ NOS HOSPITAIS DO ATLANTIC HEALTH SYSTEM E AMBULATÓRIOS. SE TAIS PRESTADORES NÃO ESTIVEREM ESPECIFICAMENTE LISTADOS ACIMA, ELES NÃO SEGUEM A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO ATLANTIC HEALTH SYSTEM. VOCÊ SERÁ COBRADO EM SEPARADO POR ESSES PRESTADORES E PRECISARÁ ACORDAR AS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO DIRETAMENTE COM ELES.

Essa lista de prestadores será examinada e atualizada trimestralmente, se necessário. Para assistência com dúvidas sobre a FAP ou essa lista de prestadores, ligue para o Departamento de Atendimento ao Cliente: 1-800-619-4024. Página 11 de 12

ANEXO B

As traduções da FAP, do requerimento de assistência financeira e do PLS estão disponíveis em inglês e nos seguintes idiomas:

Árabe
Armênio
Chinês
Francês creole
Grego
Gujarati
Hindi
Italiano
Japonês
Coreano
Polonês
Português
Russo
Servo-croata
Espanhol
Tagalo

CRITÉRIOS DE RENDA
CRITÉRIOS DE QUALIFICAÇÃO PARA CHARITY CARE E CHARITY CARE
REDUZIDO

Em vigor: segunda-feira, 17 de março de 2020

O paciente deverá cumprir os critérios de renda e bens

CRITÉRIOS DE RENDA

Percentual dos custos pagos pelo paciente quando
a renda anual bruta está dentro das seguintes faixas

	Paciente paga 0% dos custos	Paciente paga 20% dos custos	Paciente paga 40% dos custos	Paciente paga 60% dos custos	Paciente paga 80% dos custos	Paciente paga 100% dos custos
Tamanho da família	<=200%	>200<=225%	>225<=250%	>250<=275%	>275<=300%	>300%
1	\$ 25,520 ou menos	\$25,521 a \$28,710	\$28,711 a 31,900	\$31,901 a \$35,090	\$35,091 a 38,280	\$ 38,281 ou mais
2	\$ 34,480 ou menos	\$34,481 a \$38,790	\$38,791 a \$43,100	\$43,101 a \$47,410	\$47,411 a \$51,720	\$ 51,721 ou mais
3	\$ 43,440 ou menos	\$43,441 a \$48,870	\$48,871 a \$54,300	\$54,301 a \$59,730	\$59,731 a \$65,160	\$ 65,161 ou mais
4	\$ 52,400 ou menos	\$52,401 a \$58,950	\$58,951 a \$65,500	\$65,501 a \$72,050	\$72,051 a \$78,600	\$ 78,601 ou mais
5	\$ 61,360 ou menos	\$61,361 a \$69,030	\$69,031 a \$76,700	\$76,701 a \$84,370	\$84,371 a \$92,040	\$ 92,041 ou mais
6	\$ 70,320 ou menos	\$70,321 a \$79,110	\$79,111 a \$87,900	\$87,901 a \$96,690	\$96,691 a \$105,480	\$ 105,481 ou mais
7	\$ 79,280 ou menos	\$79,281 a \$89,190	\$89,191 a \$99,100	\$99,101 a \$109,010	\$109,011 a \$118,920	\$ 118,921 ou mais
8	\$88,240 ou menos	\$88,241 a \$99,270	\$99,271 a \$110,300	\$110,301 a \$121,330	\$121,331 a \$132,360	\$ 132,361 ou mais
Para famílias com mais de 8 membros, adicione as seguintes quantias à quantia mais alta em cada coluna para cada membro adicional da família.						
	\$8,960	\$10,080	\$11,200	\$12,320	\$13,440	
* Uma mulher grávida conta como dois membros da família.						

Se pacientes com escala de taxa regressiva de 20% a 80% forem responsáveis por gastos médicos qualificados com desembolso próprio além de 30% da renda anual bruta (ou seja, contas não pagas por outras partes), então a quantia além de 30% é considerada assistência de pagamento hospitalar (charity care).

CRITÉRIO PARA BENS

Os bens de um indivíduo não podem exceder US\$ 7.500 e os bens familiares não podem exceder US\$ 15.000.

2020 março