

HMH CARRIER CLINIC

Belle Mead, NJ 08502 (908) 281-1000

Título: Política de Faturação e Cobrança	Capítulos: Fiscal
Autor: , Diretor de Cobranças, e VP/ CFO	Acionistas: <ul style="list-style-type: none">▪ Todos os funcionários
Data de Criação: 11/19 Data de Revisão: Data de Revisão (T):	7 Páginas
Referências: Leis, regulamentos, diretrizes e políticas federais e estatais	Assinatura Executiva: Vice Presidente, CFO

OBJETIVO

A HMH Carrier Clinic (Carrier Clinic) garante que os procedimentos de cobrança precisos, consistentes e oportunos são seguidos e cumpre os regulamentos federais e estatais, incluindo, entre outros, a Lei Médica de Emergência de Tratamento e de Trabalho (EMTALA), a Lei de Práticas de Cobrança de Dívida, a Lei de Cobrança de Crédito Justo, os Centros da Medicare e Medicaid (CMS) Requisitos de Inadimplência e Secção 501(r) do Serviço de Receita Federal

Esta política fornece diretrizes gerais para aquisição e verificação de informações, cobrança de pagamento de companhias de seguros de terceiros, pacientes, os seus avalistas e outras partes financeiramente responsáveis pelo pagamento de serviços de saúde. A política aplica-se aos serviços prestados e cobrados pelo Hospital, excluindo os serviços prestados e cobrados pelas entidades listadas no Anexo A, mesmo no caso em que esses serviços possam ter sido prestados no hospital.

Os princípios orientadores por detrás desta política são: tratar todos os pacientes de forma igual, com dignidade e respeito, de modo a garantir que os procedimentos apropriados de faturação e cobrança sejam seguidos uniformemente e para garantir que são feitos esforços razoáveis para determinar se o indivíduo responsável pelo pagamento de toda ou parte de uma conta do paciente é elegível para assistência, ao abrigo da Política de Ajuda Financeira.

PROCEDIMENTOS

RECOLHA E VERIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE

É da responsabilidade do paciente fornecer informações demográficas e de seguro completas e oportunas ao Hospital. A pré-admissão, admissão ou registo ocorre em qualquer ponto do ciclo de acesso do paciente. A ativação da conta do paciente inclui: analisar informações demográficas,

do avalista e seguros; fazer cópia de cartões; obtenção de consentimentos e assinaturas. A verificação do estado e dos benefícios do seguro é realizada assim que as informações completas do seguro estiverem disponíveis no sistema Health Change (assistente). É realizada logo de seguida uma verificação mais completa, ao aceder ao seguro on-line ou ao fazer perguntas por telefone.

O requisito de obter informações completas levará em consideração a condição do paciente, tendo como prioridade as necessidades imediatas de saúde do paciente.

No momento da admissão, quando apropriado, o paciente/família será encaminhado para o Representante de Serviços do Paciente (PSR) para lhe ser explicada a política de pagamento do hospital, comunicar as despesas estimadas, as opções de pagamento e a disponibilidade de ajuda financeira.

EMERGÊNCIA e ADMISSÕES URGENTES

Todos os serviços de emergência serão prestados sem considerar a capacidade de pagamento. Sob nenhuma circunstância, a equipa do hospital tentará obter informações sobre o seguro, verificar a elegibilidade ou solicitar a pré-aprovação de admissão de terceiros. Somente após a confirmação de que o paciente foi examinado e a aprovação dada pelo prestador de serviços, é que o paciente pode ser abordado na tentativa de recolher informações do seguro, discutir responsabilidade financeira, opções de pagamento e disponibilidade de ajuda financeira.

PACIENTES Não Emergentes ou Não-Urgentes

O registo e a admissão de um paciente de Não-Emergência, Não-Urgente podem ser realizados antes da prestação dos serviços ou no momento da admissão. Os pacientes retornados ou estabelecidos terão as suas informações demográficas, de seguros e financeiras analisadas e atualizadas conforme necessário, incluindo, quando aplicável, a verificação da elegibilidade do seguro de pacientes por métodos eletrónicos ou telefónicos. Os pacientes têm a responsabilidade de atualizar as informações demográficas e de seguros com o Registo.

DETERMINAÇÃO DA ELEGIBILIDADE DA AJUDA FINANCEIRA

Sujeito às disposições definidas na Política de Ajuda Financeira da Carrier Clinic (FAP) e neste documento, a Carrier Clinic pode fornecer ajuda financeira a pacientes sem seguro, com sub-seguro, inelegíveis para qualquer programa de benefícios de saúde do governo ou que não possam pagar pelos seus cuidados.

Pode ser solicitada ajuda financeira preenchendo uma cópia em papel do pedido. O pedido/candidatura em papel está disponível gratuitamente através de qualquer um dos seguintes métodos:

- **Por Correio:** Ao escrever para o seguinte endereço e solicitando uma cópia em papel do pedido de ajuda financeira: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 A/C: Patient Financial Services (Serviços Financeiros do Paciente)
- **Pessoalmente:** Pode passar pelo Departamento de Serviços Financeiros do Paciente (segunda a sexta-feira, 08h00 – 18h00), no endereço: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502
- **Por Telefone:** Contactar o Departamento de Serviços Financeiros do Paciente pelo número 908-281-1522, entre as 08h00 – 16h30.
- **Site:** <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>

O pedido preenchido deve ser devolvido a Patient Financial Services Dept. (Departamento de Serviços Financeiros do Paciente), localizado na 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502, com documentação de apoio, incluindo, mas não limitada a:

- As declarações fiscais federais mais recentes de todos os membros do agregado familiar
- Três meses de extratos bancários: poupanças, conta corrente e quaisquer outros investimentos
- Fontes de rendimento (os dois últimos comprovativos de salário, carta de concessão de rendimentos da Segurança Social ou comprovativo de depósito bancário, subsídio de desemprego)

As candidaturas incompletas não serão consideradas, mas os candidatos serão notificados e terão a oportunidade de fornecer a documentação em falta.

Um indivíduo tem 240 dias a partir da data em que recebe o primeiro extrato de cobrança pós-alta para enviar uma candidatura.

Todas as inscrições estão sujeitas a análise e aprovação por parte do CFO. Geralmente, os pacientes elegíveis são candidatos à Ajuda Financeira através de uma escala móvel, se os rendimentos do Agregado Familiar forem iguais ou inferiores a 100% das Diretrizes Federais de Pobreza do Governo Federal.

Se o paciente não fornecer informações suficientes para suportar dificuldades financeiras, a Carrier Clinic poderá contar com fontes externas e/ou outros recursos de inscrição no programa para determinar a elegibilidade que deve ser fornecida pelo paciente, quando:

- O paciente for sem-abrigo
- O paciente for elegível para outros programas de assistência estatais ou locais
- O paciente for elegível para vales-refeição ou programas de almoço subsidiado
- O paciente for elegível para o programa estatal de medicamentos sujeitos a receita médica
- O endereço válido do paciente for considerado habitação de baixos rendimentos ou subsidiada

- O paciente receber atendimento gratuito de uma clínica comunitária e for encaminhado para o Operador para tratamento adicional
- O paciente viver num internato

DEPÓSITOS

Os valores dedutíveis, co-participações, e cosseguros do seguro podem ser solicitados no momento da assistência. Caso o estado ativo do seguro não possa ser confirmado ou a autorização não possa ser obtida, poderão ser solicitados depósitos ao paciente.

Podem ser feitos acordos, de forma a cumprir este requisito quando os acordos de pagamento alternativos e aceitáveis **forem** feitos e não houver histórico de inadimplência.

COBRANÇA INTERNA

Se, durante o período de permanência do paciente, a responsabilidade deste não tiver sido estabelecida no momento da admissão, o paciente ou avalista poderá ser contactado e poder-lhe-á ser solicitado que faça pagamentos intercalares e/ou acordos de pagamento.

Estão disponíveis Representantes de Assistência ao Paciente para fornecer informações ou responder a dúvidas sobre elegibilidade e benefícios do seguro. As informações de contacto são fornecidas no Manual do Paciente e nas unidades hospitalares.

VERIFICAÇÃO DO SEGURO

O pessoal hospitalar verificará a elegibilidade e os benefícios antes da admissão ou logo após a admissão, mas não pode garantir a precisão das informações de elegibilidade e benefício do seguro que recebe da parte da operadora de seguros.

AUTORIZAÇÃO

O pessoal hospitalar obterá aprovação de contribuintes terceirizados para fornecer cuidados especificados por meios escritos ou verbais de que os serviços prestados serão autorizados de acordo com os termos do plano de saúde do paciente. A autorização não valida a elegibilidade ou benefícios, nem garante o pagamento.

INDEFERIMENTO DA AUTORIZAÇÃO

O paciente e/ou o avalista serão notificados assim que a seguradora deixar de aprovar a estada prolongada. O paciente/avalista receberá o esclarecimento sobre o processo de recurso, incluindo o recurso externo disponível para os pacientes. Será solicitado ao paciente/avalista que preencha a aceitação da responsabilidade financeira pelos dias não autorizados e poder-lhe-ão ser solicitados depósitos.

ACORDOS DE PAGAMENTO

Se o paciente não for capaz de efetuar o pagamento integral aquando do seu vencimento, poderão ser aprovados pagamentos parciais. Poderá ser solicitada uma prova financeira das dificuldades de um paciente para determinar acordos de pagamento aceitáveis que atendam as necessidades do paciente e do hospital. Os critérios de elegibilidade financeira são debatidos com cada paciente e/ou avalista quando forem apresentadas dificuldades financeiras e quando for apropriado.

MÉTODOS DE PAGAMENTO

São aceites os seguintes métodos de pagamento: dinheiro, cheque e ordem de pagamento, Visa, MasterCard, American Express, e Discover Card.

FUNDOS INSUFICIENTES (NSF)

Será aplicada uma taxa de processamento de 25,00 dólares americanos (cerca de 23 euros) à conta do paciente por todos os cheques devolvidos.

REEMBOLSOS

Todos os reembolsos a pacientes são analisados semanalmente e encaminhados para o Diretor do PFS e/ou para o Gestor do Gabinete e CFO para aprovação. Qualquer pagamento em excesso do saldo da conta será aplicado ao saldo pendente do mesmo paciente e do mesmo avalista. Se não houver dívidas pendentes, o pagamento será reembolsado em coordenação com todas as partes que efetuaram pagamentos aquando da criação do saldo credor. Todos os reembolsos de pacientes serão emitidos usando o mesmo método que o pagamento original.

DECLARAÇÕES DO PACIENTE E PERIODICIDADE DE COBRANÇA

A Carrier Clinic utiliza o Arcadia Recovery Services (ARS), Inc. para cobrar todas as contas dos pacientes após pagamentos de seguros e indivíduos sem seguro. O ciclo total de faturação é de 120 dias antes de a conta ser enviada para uma agência externa de cobranças.

A atividade de cobrança da ARS inclui o seguinte:

- Cinco chamadas telefónicas (dia 15; 40; 50; 75; 110) quando existir um número de telefone válido.
- Além disso, são geradas quatro declarações e enviadas para o endereço de registo do paciente
 - Para contas do paciente após o pagamento do seguro, as declarações emitidas na periodicidade a seguir à data do pagamento do seguro no dia 1; 30; 60; 90 (declaração final).

As declarações de cobrança incluem o seguinte:

- Nome do paciente, dados demográficos, endereço, data(s) de assistência, número da conta, valores cobrados e valores pagos, ajustes e valores devidos

- Informação de contacto da ARS
- Resumo em Linguagem Simplificada da Política de Ajuda Financeira da Carrier Clinic

Os pacientes com dúvidas sobre a sua conta podem ligar para o Departamento de Apoio ao Cliente, através do número 800-888-1301 (de segunda a quarta-feira, das 8h00 às 19h00; de quinta a sexta-feira, das 8h0 às 18h0) ou para os Serviços Financeiros do Paciente, através do número 908-281-1554

Endereço para pagamentos:
HMH Carrier Clinic, Inc.
A/C: Finance/AP
PO Box 147
Belle Mead, NJ 08502-0147

MEDIDAS EM CASO DE NÃO PAGAMENTO

O Hospital envidará esforços razoáveis para fornecer aos pacientes a oportunidade de cumprirem com as suas obrigações financeiras, conforme mencionado acima, na secção intitulada “Declarações do paciente e periodicidade de cobrança” antes de uma conta ser encaminhada para a agência de cobrança externa.

A Arcadia fornecerá informações sobre ajuda financeira e opções de pagamento. Os pacientes também poderão aceder à Política de Ajuda Financeira (FAP) da HMH Carrier Clinic através do site <https://carrierclinic.org/2019/08/09/carrier-clinics-financial-assistance-policy/>, ou ao entrar em contacto com um representante de cobrança através de uma das seguintes opções:

- **Por Correio:** Ao escrever para o seguinte endereço e ao solicitar uma cópia em papel do pedido para ajuda financeira: HMH Carrier Clinic 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 A/C: Patient Financial Services (Serviços Financeiros do Paciente)
- **Pessoalmente:** Administration Bldg (Patient Financial Services Dept) (Edifício Administrativo (Dep. Serviços Financeiros do Paciente) 252 County Road 601 Belle Mead, NJ 08502 (segunda a sexta-feira, 08h00 – 16h30)
- **Por Telefone:** Pode contactar o Departamento de Serviços Financeiros do Paciente pelo número 908-281-1522, entre as 08h00 e as 16h30

Quaisquer contas ainda devidas por esgotamento da periodicidade do extrato de cobrança e/ou finalização de qualquer ajuda financeira resultarão no encaminhamento da conta do paciente para a agência de cobrança externa.

ENCAMINHAMENTO PARA A AGÊNCIA DE COBRANÇA EXTERNA

O ciclo total de faturação é de 120 dias antes de o saldo ser enviado para o departamento de cobranças, conforme definido na secção: **DECLARAÇÕES DO PACIENTE E PERIODICIDADE DE COBRANÇA.**

A conta será encaminhada para uma Agência de Cobrança se o pagamento não for recebido.

Os esforços da HMH Carrier Clinic, da Arcadia Recovery Services e da Agência de Cobrança não incluem Medidas Extraordinárias de Cobrança.