

SAINT PETER'S UNIVERSITY HOSPITAL
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA ("PAF")
Data de entrada em vigor: 1 de Janeiro de 2016 (Rev. 21/01/2019)

INTRODUÇÃO:

O Saint Peter's University Hospital ("SPUH") e todas as entidades substancialmente relacionadas asseguram que todos os pacientes recebem serviços de emergência essenciais e outros serviços de saúde medicamente necessários não obstante a sua capacidade de pagamento.

I. ELEGIBILIDADE:

A. Pacientes sem Seguro

Os Serviços de Recursos do SPUH analisam todas as contas para pacientes sem seguro (pagamento direto). Este processo exige que examinemos a população deste paciente para a potencial elegibilidade para os programas de assistência Estatais e Federais assim como que informemos todos os pacientes, representantes, médicos assistentes e funcionários do SPUH de que pode ser solicitada a assistência financeira.

➤ **Cuidados por Beneficência**

Os pacientes que não cumpram os requisitos de Medicaid/New Jersey Family Care serão então avaliados para o Programa de Cuidado de Beneficência de New Jersey (New Jersey Charity Care):

- O rendimento familiar (tendo por base o número de elementos do agregado familiar) tem de ser inferior ou igual a duzentos por cento do nível de pobreza federal ("NPF") para ser elegível a cuidado gratuito. Para pessoas individuais, os ativos não podem exceder os 7.500 dólares e, para famílias, os ativos não podem exceder os 15.000 dólares.

Para preencher as candidaturas, o candidato deverá facultar a seguinte documentação:

- Documentos de identificação do paciente e da família;
- Comprovativo de residência em New Jersey (à data do serviço) *(Nota: não é necessário para Serviços de Emergência);*
- Comprovativo de rendimento bruto; e
- Comprovativo de ativos (à data do serviços).

Ser-lhe-á fornecida uma lista completa dos documentos necessários no momento da candidatura.

Após o preenchimento da candidatura, o SPUH fará a determinação de elegibilidade para PAF no prazo de dez (10) dias. Se a candidatura for considerada como incompleta, o SPUH emitirá uma recusa por escrito com os detalhes da documentação adicional necessária para obter aprovação. O SPUH concede um período de vinte e quatro (24) meses a partir da data do serviço para permitir ao candidato o preenchimento da candidatura.

No momento da decisão de elegibilidade, analisaremos todos os saldos de conta e faremos os necessários ajustes e reembolsos, se aplicável.

Programa de Assistência Financeira:

Não existe uma candidatura escrita para o nosso PAF, mas utilizamos dados recolhidos (de todas as nossas potenciais fontes internas e externas) na avaliação da elegibilidade para Cuidados por Beneficência ou outros programas governamentais para determinação do valor adequado a ser debitado com base na estrutura da taxa.

O SPUH verifica a elegibilidade para cobertura de terceiros através do produto Relay Health Clearance.

Todos os pacientes que se mantenham com o pagamento direto devido a não elegibilidade para programas de assistência Estatal e Federal, não conformidade, ou incapacidade de pagar (ou inscrever-se) a cobertura mínima essencial ao abrigo da Lei de Assistência Economicamente Acessível e que tenham as suas despesas reduzidas para o menor valor entre:

- o valor conforme calculado pela escala móvel de New Jersey se se posicionar entre 201% a 300% do "NPF";
- 115% de taxas Medicare, se se encontram entre 301% a 500% do NPF; ou
- As percentagens de Valores Geralmente Faturados ("VGF") conforme definido no **ANEXO I**.

A elegibilidade para PAF pode ser atualizada a qualquer altura do ciclo de faturação e cobrança.

Quando se determinar que um indivíduo à priori recebe menos que a assistência mais abrangente disponível ao abrigo do PAF, é-lhe facultado o seguinte:

- Notificação relativamente à base da determinação de elegibilidade do PAF à priori e explicação sobre como pode solicitar uma assistência mais abrangente;

- Um período de tempo mais razoável, geralmente até 30 dias, para solicitar uma assistência mais abrangente antes de proceder a Ações de Cobrança Extraordinária ("ACE"); e
- Uma re-determinação do estado de elegibilidade de PAF individual se for recebido um pedido de assistência mais abrangente.

B. Pacientes com Seguro

Todos os pacientes elegíveis para PAF com seguro de saúde ativo não serão pessoalmente responsáveis por pagarem mais do que o VGF abaixo definido, sem incluir todos os reembolsos pelo segurador de saúde que foram aplicados à sua conta.

No caso de o paciente ter seguro e o seguro não cobrir 100% do custo, o paciente poderá também ser elegível para cuidados grátis ou com desconto.

II. BASES PARA CÁLCULO DE VALORES Para o Programa de Assistência Financeira - Valores Geralmente Faturados:

A base para cálculo do VGF baseia-se na utilização do "Método Retrospectivo" calculado com base com créditos permitidos (incluindo a responsabilidade da seguradora e do indivíduo) num período de doze meses. O cálculo e as despesas associadas encontram-se detalhados no **ANEXO II** por cada uma das entidades abrangidas por esta apólice.

A determinação do VGF e o método utilizado será definido e calculado, no mínimo, anualmente.

Aos indivíduos elegíveis para PAF não será cobrado mais por emergência ou outros serviços médicos necessários para além dos VGF – ***desta forma o SPUH não aplicará taxas brutas aos indivíduos elegíveis para PAF por qualquer cuidado médico necessário.***

III. POLÍTICA DE COBRANÇA:

Foram estabelecidos os seguintes critérios para assegurar que foram esgotados todos os esforços para garantir que o paciente não é elegível para um programa governamental, não tem acesso ou meios para obter uma cobertura de seguro de saúde de terceiros e que esgotámos todos os esforços razoáveis para cobrar a obrigação de pagamento pendente - incluindo o estatuto de elegibilidade de PAF (e, se elegível, assegurar que as taxas/encargos foram ajustados aos níveis aplicáveis). Os critérios incluem o seguinte:

- 1) O saldo de contas a receber tem de ser confirmado como um valor da responsabilidade do paciente (ou fiador). Se a conta tem um histórico de elegibilidade para Medicaid ou

Cuidado de Beneficência, faremos todos os esforços para analisar a documentação atual e verificar a potencial elegibilidade.

- 2) Tem de existir documentação em notas de conta de que, pelo menos **quatro (4) extratos de conta pós-alta** com o valor pendente do cliente confirmado foram enviados para o endereço atual em arquivo. As mensagens do extrato são progressivas por natureza - com a última a facultar uma mensagem clara de que, após 30 dias da data desta informação, se o montante não tiver sido liquidado, ou tiver sido estabelecido um plano de pagamentos, a conta qualifica-se para ser colocada junto de uma das nossas agências de cobrança externas. Note que este pré-aviso de "30 dias" tem de igualmente:
 - Facultar ao indivíduo a informação por escrito que indica que a assistência financeira está disponível para indivíduos elegíveis;
 - Incluir uma descrição de quaisquer outras ACEs que o SPUH pretenda no procedimento em complemento ao envio para uma agência de cobrança externa (consulte o número 5 acima); e
 - Incluir uma cópia do RLA.

Adicionalmente, o SPUH deve fazer um esforço razoável para notificar verbalmente o indivíduo sobre o PAF.

- 3) Tem de existir um intervalo mínimo de **120 dias, desde a data do primeiro extrato de conta pós-alta**, antes de aviso de cobrança duvidosa e potencial referência a uma das nossas agências de cobrança externas.
- 4) Se a qualquer momento a nossa agência de cobrança externa for notificada que o paciente/fiador é elegível para o PAF, o hospital tem a opção de:
 - a. Pedir o retorno da conta da agência de cobrança e reiniciar o processo de cobrança com o saldo ajustado de modo a que o paciente/fiador não pague mais do que a respetiva responsabilidade enquanto indivíduo elegível para PAF e reembolse quaisquer pagamentos já efetuados em excesso relativamente ao saldo ajustado (se superior a 5 dólares); ou
 - b. Ficar a agência de cobrança responsável pela conta e reiniciar o processo de cobrança com o saldo ajustado de modo a que o paciente/fiador não pague mais do que a respetiva responsabilidade enquanto indivíduo elegível para PAF e reembolse quaisquer pagamentos já efetuados em excesso relativamente ao saldo ajustado (se superior a 5 dólares).

- 5) Em complemento ao número quatro (detalhado acima - "4"), após a determinação da elegibilidade para PAF, o SPUH pode responsabilizar-se por ACEs adicionais incluindo, entre outras:
- a. Efetuar ações que requeiram processos legais ou judiciais - incluindo penhoras, encerramentos, ações cíveis;
 - b. Reportar informação desfavorável a agências ou gabinetes de crédito; e
 - c. Adiar, negar ou solicitar um pagamento antes de solicitar um cuidado emergente ou necessário não médico devido à falta de pagamento de cuidados anteriormente prestados ao abrigo do PAF.

IV. POLÍTICA DE CUIDADOS MÉDICOS EMERGENTES

Os pacientes admitidos e tratados no Departamento de Emergência receberão tratamento adequado não obstante a sua capacidade de pagar ou elegibilidade para assistência financeira. A examinação ou tratamento não serão atrasados para verificar seguros, elegibilidade de PAF ou situação de pagamentos em conformidade com os regulamentos da Lei de Trabalho Ativo e Tratamento Médico de Emergência (EMTALA sigla em inglês).

V. PRESTADORES DE SERVIÇOS, PARA ALÉM DO HOSPITAL QUE PRESTAM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA OU OUTROS MEDICAMENTE NECESSÁRIOS E SE ESTÃO ABRANGIDOS PELO PAF DO SPUH

Consulte o **Anexo III** para obter uma lista de prestadores de serviços, para além do hospital, que prestam serviços de emergência ou outros medicamente necessários nas instalações do hospital, incluindo se estão ou não abrangidos pelo PAF do SPUH. Note que este Anexo será atualizado, no mínimo, numa base trimestral, se necessário.

VI. NOTIFICAÇÃO / PUBLICITAÇÃO DO PAF

As seguintes medidas foram implementadas para assegurar que a informação relativamente ao PAF do SPUH é "amplamente publicitada", disponível, e calculada para alcançar aqueles membros que possam procurar os nossos serviços.

- a) O PAF do SPUH e o Resumo em Linguagem Acessível ("RLA") do PAF encontram-se disponíveis através do nosso website -- www.saintpetershcs.com.

- b) Versões impressas do PAF e do RLA encontram-se disponíveis mediante pedido sem quaisquer encargos, por e-mail, assim como a disponibilização em várias áreas nas instalações do hospital - incluindo as Admissões, o Registo de Pacientes, Departamento de Quartos de Emergências, Serviços de Recursos e Alta de Pacientes. Todos os pedidos por escrito devem ser enviados para:

Saint Peter's University Hospital
Attn: Resource Services (Serviços de Recursos)
254 Easton Avenue
New Brunswick, NJ 08901

- c) Pedidos verbais para versões impressas do PAF e RLA serão disponibilizadas através do contacto com:

Saint Peter's University Hospital
Departamento: Resource Services (Serviços de Recursos)
Telefone n.º: 732 745 8600 Extensão: 5019

- d) O SPUH está empenhado em facultar assistência financeira a pacientes elegíveis que não tenham a possibilidade de pagar pelos seus serviços médicos na totalidade ou parcialmente. Para conseguir este objetivo de caridade, o SPUH, e todas as entidades substancialmente relacionadas, irão divulgar amplamente este PAF e o RLA nas comunidades que servimos.
- e) O PAF e o RLA estão disponíveis em Inglês e outros idiomas que constituem o mínimo de 5% ou 1000 indivíduos da área de serviço primária do SPUH.
- f) Será colocada sinalização a notificar os pacientes/fiadores sobre o nosso PAF em locais visíveis, incluindo no Departamento de Admissão, Serviços de Ambulatório, e áreas de Salas de Emergência, e será facultado um número de telefone e localização de escritórios que podem facultar informações sobre como se candidatar ao nosso PAF.

VII. VALORES GERALMENTE FATURADOS (VGF) PREÇOS / TABELA DE HONORÁRIOS (como percentagem de custos) – Detalhado sob o Anexo I - Valores Geralmente Faturados

VIII. ANEXO II – BASE PARA O VALOR (CÁLCULO DE VGF)

Saint Peter's University Hospital (SPUH)

O Saint Peter's University Hospital selecionou a utilização do Método de "Retrospectiva" para o cálculo dos Valores Geralmente Facturados ("VGF"). A percentagem de VGF é calculada anualmente com base num período prévio de 12 meses e inclui as seguintes grupos de pagadores:

1. Valor pelo Serviço da Medicare; e
2. Seguradores Privados de Saúde (incluindo a Medicare Advantage).

Não será cobrado mais que o VGF a um paciente elegível para PAF para emergências ou outros serviços médicos necessários.

IX. PRESTADORES DE SERVIÇOS, PARA ALÉM DO HOSPITAL QUE PRESTAM SERVIÇOS MÉDICOS OU DE EMERGÊNCIA E SE ESTÃO ABRANGIDOS PELO PAF DO SPUH -- Detalhado sob o Anexo III - Lista de Prestadores Participantes