

Coopération des Hôpitaux HMH Manuel de politique administrative

**Politique d'assistance financière numéro :
1845**

**Entrée en vigueur : Janvier 2016, modifiée et combinée le 1^{er} janvier 2018 pour la formation de la
Coopération des Hôpitaux HMH**

Objectif :

Identifier les règles régissant le recouvrement de tous les frais associés aux soins de santé fournis par les établissements de la Coopération des Hôpitaux HMH (ci-après désignée les « Hôpitaux ») et les procédures d'interaction entre le patient, le garant et le Service clientèle et le personnel d'enregistrement des Hôpitaux.

La conformité à la présente politique permet d'atteindre l'uniformité dans le recouvrement des recettes des Hôpitaux tout en maintenant leur bonne réputation. Le respect de la présente politique permet également d'accroître la sensibilisation sur les options d'assistance financière disponibles pour les patients éligibles nécessitant des soins médicaux d'urgence ou d'autres soins médicaux, et de dessiner les contours des procédures par lesquelles ces patients pourront solliciter une assistance financière.

Il s'agit d'améliorer la communication avec nos patients, de rendre les prix plus transparents, d'intensifier les services préparatoires en vue du recouvrement des recettes, et de considérablement améliorer la relation avec les patients/le public en fournissant à nos patients les informations dont ils ont besoin pour comprendre les tarifs des soins qu'ils reçoivent. En outre, les Hôpitaux entendent prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre leurs services plus accessibles en démocratisant la couverture auprès des membres de la communauté.

Coopération des Hôpitaux HMH :

La Coopération des Hôpitaux HMH (les Hôpitaux sont constitués du Centre médical Bayshore, du Centre médical de l'Université de Hackensack, du Centre médical de l'Université de Jersey Shore, du Centre médical Ocean, du Centre médical Palisades, du Centre médical de Raritan Bay, du Centre médical Riverview et du Centre médical Southern Ocean) a mis en place une mission afin de répondre aux besoins des communautés qu'elle dessert. Une politique financière forte, fondée sur des protocoles de crédit et de recouvrement raisonnables, ainsi que des options d'assistance financière globale, sont d'une importance critique et fondamentale pour la mission des Hôpitaux. La Coopération des Hôpitaux HMH entend appliquer une politique de transparence tarifaire en communiquant avec ses patients sur leur responsabilité financière avant de leur fournir les services, à l'exception des services d'urgence et de traumatologie. La politique reste respectueuse de la situation financière des patients et entend préserver la dignité des patients ainsi concernés, conformément à la loi du New Jersey en matière de soins caritatifs, P.L. 1992, Chapitre 160.

L'on notera que, conformément à l'Emergency Medical Treatment & Active Labor Act (EMTALA) de 1986, les personnes en état d'urgence médicale sont sélectionnées et stabilisées indépendamment de leur capacité de paiement. Lesdits services ne doivent être ni retardés, ni refusés, ni soumis à aucune condition pour quelque raison que ce soit, y compris, entre autres, des renseignements sur la capacité de paiement présumée du patient. Voir *Politique administrative 558-1, Patient Transfer and Emergency Medical Treatment & Active Labor Act (EMTALA)*.

I. Recouvrements initiaux – Population générale des patients

Politique :

Aux fins de la présente politique, la « quote-part » à payer par le patient assuré est définie comme étant le montant à payer par le patient (et/ou son garant) pour tous les comptes définis par le payeur. Le terme « quote-part à payer par le patient non assuré » est défini comme étant les frais pour nos soins compassionnels. Le terme « établissement » désigne les prix pour « l'utilisation des services de l'établissement » et non les frais de consultation ou les honoraires de médecin. Le terme « partage des coûts » désigne une franchise ou une coassurance.

En général, les coûts des services sont à la seule charge du patient et/ou de son garant dans les cas suivants :

- A. Le patient ne bénéficie pas d'une couverture des soins de santé pour l'accès aux services de l'établissement.
- B. Le patient bénéficie d'une couverture des soins de santé pour les services de l'établissement, mais le service à fournir n'est pas compris dans sa couverture des soins de santé (exemple, la chirurgie plastique).
- C. Le patient bénéficie d'une couverture des soins de santé, mais après vérification de ladite couverture, il est établi qu'il doit reverser un montant au titre du partage de coûts. Ce montant peut être déduit sous la forme d'une franchise annuelle ou d'une coassurance pour les services fournis par l'établissement.
- D. Le patient est pénalisé pour les services hors du réseau (les Hôpitaux ne participent pas pour un réseau donné). Cette pénalité est imposée par les payeurs lorsqu'un patient est traité par un autre établissement ou par un autre médecin que ceux du réseau. La pénalité varie en fonction de la couverture hospitalière des patients. Pour une meilleure transparence dans les services rendus en dehors du réseau, les Hôpitaux doivent préciser aux patients si l'établissement sollicité est dans le réseau ou non par rapport aux prestations de santé pour lesquelles ils sont éligibles ; ils doivent expliquer aux patients que, lorsque l'établissement sollicité fait partie du réseau, ils ne dépensent aucuns autres frais supplémentaires que ceux généralement applicables pour une procédure dans le réseau, à moins pour le patient de choisir, en pleine connaissance de cause, librement et spécifiquement un prestataire qui ne fait pas partie du réseau pour les services sollicités ; si l'établissement sollicité ne fait pas partie du réseau, les services de santé fournis par un établissement qui ne fait pas partie du réseau sont à la charge financière du patient.
- E. Le patient a épuisé sa couverture des soins de santé pour la période de prestation actuelle (année de prestation, année civile et/ou les montants limites à vie).

Si un patient et/ou son garant bénéficie d'une couverture des soins de santé, voici les directives à suivre pour déterminer et/ou recouvrer les montants à la charge du patient :

A. Franchise Medicare pour les patients hospitalisés - La Franchise Medicare pour les patients hospitalisés en 2018 est de 1 340,00 dollars.

B. Coassurance Medicare pour les patients non hospitalisés

Lorsque le patient n'est pas couvert par une seconde assurance, le montant de la coassurance indiqué dans le plan de paiement APC des Hôpitaux peut être collecté. Le montant exact est indiqué dans la colonne « Coassurance ». Si le service fourni ne figure pas dans la liste APC, se reporter à la grille tarifaire Medicare appropriée en fonction du service fourni (médecine de réadaptation, mammographie, MICU/AMB, laboratoire clinique, éducation sur le diabète, etc.)

Bien vouloir expliquer au bénéficiaire qu'il s'agit ici d'un coût estimé à sa charge. Si le coût est supérieur, le patient est facturé pour le solde. Si le coût est inférieur au montant collecté, le montant excédentaire est remboursé au patient.

C. Medicaid

En général, le bénéficiaire/le patient ne paie pas de ses poches pour les services couverts. En fonction du niveau de couverture Medicaid, une dépense propre peut cependant s'appliquer en cas de coassurance et/ou de service non couvert.

D. Couverture Blue Cross et Blue Shield

Confirmer la responsabilité financière du payant ou le coût à supporter de sa poche en vérifiant électroniquement (RTE – éligibilité en temps réel ou site Internet du payeur) ou en contactant Blue Cross. Vérifier s'il est un paiement à la charge du patient ou s'il est un service non couvert. Obtenir le montant au titre du partage de coût et en faire part au patient. Vérifier le montant de coassurance du **Centre d'urgence traumatologique** (« ETC ») en vérifiant la RTE ou en visitant le site Internet du payeur. En cas d'impossibilité à vérifier via une vérification de la RTE ou de visiter le site Internet du payeur, le montant de coassurance est disponible sur la carte d'identification d'assurance-santé du patient. En dernier recours, contacter directement le payeur en question.

E. Payeurs commerciaux ou de gestion de soins

Confirmer la responsabilité financière du payant ou le coût à supporter de sa poche en vérifiant électroniquement (RTE ou site Internet du payeur) ou en contactant le payeur. Vérifier s'il est un paiement à la charge du patient ou s'il est un service non couvert. Obtenir le montant au titre du partage de coût et en faire part au patient. Vérifier le montant de coassurance de l'ETC en vérifiant la RTE ou en visitant le site Internet du payeur. En cas d'impossibilité à vérifier via une vérification de la RTE de visiter le site Internet du payeur, le montant de coassurance est disponible sur la carte d'identification d'assurance-santé du patient. En dernier recours, contacter directement le payeur en question.

1. Admission effective d'un patient interne, chirurgie d'un jour et patients externes mais alités (visites programmées)

a. Les patients, assurés ou non, doivent faire l'objet d'un apurement financier :

- i. Avant d'effectuer des tests de préadmission ou à la date desdits tests ; ou
- ii. Au plus tard à 12h00, trois (3) jours ouvrés avant cette procédure

Le terme « apurement financier » renvoie à la vérification de l'assurance des patients, au recouvrement de tous les frais qu'ils doivent verser de leur poche et à l'obtention de toutes les certifications, autorisations et références préalables pour ces patients auprès de l'assurance. Pour les patients assurés, les dépenses propres peuvent comprendre les franchises et les coassurances, ainsi que tous les coûts non compris dans la couverture (procédures non couvertes). Pour les patients non assurés, les dépenses propres sont régies par les tarifs des soins compassionnels de la Coopération des Hôpitaux HMH.

Si un patient n'a pas bénéficié de l'apurement financier dans le délai prescrit, le directeur ou l'administrateur de la clinique pour la zone du service, après avoir été notifié, doit prendre une décision concernant la procédure/le test en fonction de l'urgence médicale de l'état du patient.

b. Préadmissions

La Coopération des Hôpitaux HMH pré-enregistre tous les services éligibles lorsque cela est possible. Le mode de paiement doit être indiqué avant l'admission du patient, y compris la quote-part du patient et les précédents soldes impayés. Des évaluations financières doivent être effectuées avant la programmation de la procédure concernant le patient. Si nécessaire, un accord financier est signé avant la programmation de la procédure concernant le patient, sur la base des autres possibilités de paiement indiqué dans la présente politique à partir de la section II (E).

2. Quote-part effective des patients externes

Les patients, assurés ou non, doivent faire l'objet d'un apurement financier au plus tard à 12h00, trois (3) jours ouvrés avant la procédure.

Le terme « apurement financier » renvoie à la vérification de l'assurance des patients, au recouvrement de tous les frais qu'ils doivent verser de leur poche et à l'obtention de toutes les certifications, autorisations et références préalables pour ces patients auprès de l'assurance. Pour les patients assurés, les dépenses propres peuvent comprendre les franchises et les coassurances, ainsi que tous les coûts non compris dans la couverture (procédures non couvertes). Pour les patients non assurés, les dépenses propres sont régies par les tarifs des soins compassionnels de la Coopération des Hôpitaux HMH.

Si un patient n'a pas bénéficié de l'apurement financier dans le délai prescrit, le directeur ou l'administrateur de la clinique pour la zone du service, après avoir été notifié, doit prendre une décision concernant la procédure/le test en fonction de l'urgence médicale de l'état du patient.

3. Hospitalisations urgentes/transferts/admissions directes La vérification de l'éligibilité des avantages a lieu au moment de l'admission pour les patients admis dans les hôpitaux de la Coopération des Hôpitaux HMH comme des cas urgents, des transferts ou des admissions directes.

4. Centre d'urgence traumatologique (ETC)

La Coopération des Hôpitaux HMH s'engage à poursuivre la sélection et le traitement des patients en fonction de leur état médical avant de parler des modalités de paiement. La Coopération des Hôpitaux HMH ne refuse aucun service en ETC. Après vérification que le patient a été sélectionné, qu'il a été stabilisé et sur l'approbation de son médecin traitant, il est alors procédé à une tentative de recouvrement de la quote-part du patient auprès de celui-ci.

La Coopération des Hôpitaux HMH facture toute la couverture des soins de santé, y compris Medicare, Medicaid et les payeurs tiers, après vérification de l'éligibilité.

5. Accords de gestion des soins – Patients assurés La Coopération des Hôpitaux HMH peut proposer des accords de gestion de soins spécifiques. La responsabilité financière du patient est déterminée par le payeur tiers. Le montant en dollars est calculé à l'aide du code de réduction convenu avec le payeur.

Bien vouloir se reporter à l'Annexe A de la présente politique concernant les étapes de recouvrement de la Coopération des Hôpitaux pour plus d'informations concernant le processus de recouvrement et la conformité à l'Internal Revenue Code, paragraphe 501(r)(6).

II. Politique d'assistance financière

Pour des cas impliquant le traitement des enfants éligibles ou des patients couverts par Medicaid, bien vouloir se reporter à la *Politique Administrative numéro 1846, Politique d'assistance financière (soins caritatifs/soins aux enfants/Medicaid)*.

Il faut noter que la présente politique ne couvre pas tous les services fournis par les établissements des Hôpitaux. Bien vouloir consulter l'Annexe B pour accéder à la liste par départements des fournisseurs de services de soins d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires au sein de l'établissement hospitalier. Cette Annexe indique les fournisseurs couverts par la présente politique et ceux qui ne le sont pas. La liste des fournisseurs est révisée chaque trimestre et mise à jour si nécessaire.

A. Politique de réduction des soins compassionnels des Hôpitaux En cas d'application d'une réduction au titre des soins compassionnels sur un montant, le montant total dû est calculé en fonction du tarif des soins compassionnels applicables aux patients internes et externes qui paient de leurs poches les services rendus. Les

taux des soins compassionnels applicables aux patients hospitalisés sont les taux DRG de Medicare pour l'année courante. Les taux des soins compassionnels applicables aux patients externes sont basés sur le taux APC de Medicare multiplié par deux ou sur le barème des frais de Medicare multiplié par deux en fonction du service rendu.*** Tels sont les taux définitifs. **Aucune autre réduction n'est appliquée à ces tarifs ; cependant, les patients éligibles au FAP reçoivent des factures ne dépassant pas les montants généralement facturés (« AGB ») (définis ci-après).**

B. New Jersey State 15 Discounting Policy

Depuis le 04/02/2019, les patients non assurés dont le revenu familial est compris entre 300 % et 500 % du seuil fixé par les Directives fédérales sur la pauvreté sont sélectionnés sur la base de notre Processus de sélection pour soins caritatifs. Une fois la sélection effectuée, réviser le premier payeur à « Q76 » –« New Jersey State 15 Care ». Les taux du New Jersey State 15 Care applicables aux patients hospitalisés sont les taux DRG de Medicare pour l'année courante. Les taux du New Jersey State 15 Care applicables aux patients externes sont basés sur le taux APC de Medicare multiplié par 115 % ou sur le barème des frais de Medicare multiplié par 115 % en fonction du service rendu.

Les paiements propres après soldes d'assurance (franchises et coassurance) ne font pas l'objet de réductions, sauf indication expresse de l'éligibilité du patient concerné à quelque réduction dans la présente politique.

C. Calcul des montants généralement facturés (« AGB ») pour les soins d'urgence ou d'autres soins d'une nécessité médicale avérée

Conformément à l'Internal Revenue Code, paragraphe 501(r)(5), en cas de traitement d'urgence ou d'un autre traitement d'une nécessité médicale avérée, il est appliqué aux patients éligibles à une assistance financière conformément à la présente politique les mêmes tarifs qu'aux patients ayant une assurance qui couvre les soins en question.

Il est appliqué à un individu jugé éligible à une assistance financière nécessitant un traitement d'urgence ou tout autre intervention de nécessité médicale avérée **le montant le moindre entre :**

1. Le montant calculé conformément aux sections (II)(A)-(B) ci-haut, et
2. les AGB.

Les AGB des centres médicaux de Hackensack et de Palisades sont calculés à partir d'une rétrospection sur les frais de Medicare pour les services plus ceux des assureurs de santé privés. La description des pourcentages et de la méthodologie de calcul suivants peut être obtenue gratuitement sur demande écrite. Voici les pourcentages d'AGB :

1. Patient hospitalisé : 26%
2. Patient externe : 32%
3. Patient externe en urgence : 22%

Les AGB du Centre médical de l'Université de Jersey Shore, du Centre médical Ocean, du Centre médical Riverview, du Centre médical Southern Ocean, du Centre médical Bayshore et du Centre médical de Raritan Bay se calculent à partir de la méthode de paiement prospective et équivalent aux frais de Medicare compris dans les tarifs des services.

D. Modes de paiement

Les Hôpitaux admettent les modes de paiement suivants :

1. Liquidités
2. Mandat postal
3. Carte de crédit sélectionnée - Visa, MasterCard, American Express, Discover
4. Cartes de débit avec le logo Visa ou MasterCard
5. Chèque bancaire

6. Chèques personnels
7. Virement bancaire

E. Plan d'accord financier des Hôpitaux Les accords financiers peuvent être établis sur demande. Un apport minimum initial doit être déposé, et le reste de la somme doit être épongé en mensualités sans intérêt.

F. Accords financiers pour des comptes à soldes impayés Tous les arrangements doivent être initiés à l'aide du formulaire de paiement de l'accord financier. Tous les formulaires remplis doivent être distribués de la manière suivante :

-Une copie doit être remise au patient sur demande. (Accord financier pour patient externe, anglais) (Accord financier pour patient externe, espagnol) et (Accord financier pour patient interne, anglais) (Accord financier pour patient interne, espagnol ou coréen)

L'accord financier doit être examiné dans son intégralité avec le patient/son garant. La section suivante est inscrite dans l'accord :

« Je reconnais que le non-respect de mes obligations conformément au plan de paiement entraînera l'envoi par la Coopération des Hôpitaux HMH de mon compte au service de recouvrement. Je reconnais également qu'en cas de défaut de paiement, toute réduction convenue sera annulée et je serai tenu de payer entièrement tous les tarifs concernés par ces réductions » et « Au moment de l'enregistrement, tous les frais sont estimés et fixés en fonction d'un plan de traitement prescrit par un médecin et sont susceptibles de modifications. Veuillez noter que les patients éligibles aux FAP sont facturés plus chèrement que ceux éligibles aux AGB ».

G. Programmes d'assistance financière New Jersey Medicaid ou soins caritatifs

Tout patient qui n'est pas en mesure de payer les coûts correspondants aux soins compassionnels des Hôpitaux est tout d'abord redirigé vers un conseiller financier. En cas d'impossibilité pour le conseiller financier de résoudre le problème du patient, ce dernier est redirigé à l'unité d'assistance financière. Cette unité détermine si le patient est éligible à l'un des programmes d'assistance.

H. Politique des patients internationaux (patients étrangers) :

Définition des Patients internationaux par les Hôpitaux :

Patients résidant actuellement dans un pays étranger et qui sont en déplacement aux États-Unis afin de recevoir un traitement au sein de la Coopération des Hôpitaux HMH pour des services spécifiques. Ces services sont convenus à l'avance et ne sont pas concernés par les dispositions relatives à l'assistance financière objet de la présente politique

Tous les patients internationaux qui ont par avance effectué des arrangements depuis l'étranger pour un séjour au sein des Hôpitaux afin d'y recevoir un traitement convenu à l'avance bénéficient d'un taux de remboursement approuvé pour les services suivants, entre autres :

- Cardiologie
- Programme de transplantation d'organes
- Oncologie
- Orthopédie
- Procédures d'urologie

Ces patients sont programmés au préalable pour ces visites, et c'est à ce moment que sont effectués les arrangements pour le virement bancaire (y compris le numéro de téléphone du virement) destiné à couvrir le traitement. Le virement bancaire des fonds doit être effectué cinq (5) jours ouvrés avant la visite du patient au sein des Hôpitaux. Toute portion du paiement anticipé non utilisée est remboursée.

III. Sollicitation d'une assistance financière

a. Langues disponibles

Le FAP, la demande et les résumés en langage courant (« PLS ») du Centre médical sont disponibles en anglais et dans la langue principale des populations ayant une maîtrise limitée de l'anglais (« LEP ») qui constitue le moindre de 1 000 individus ou de 5 % de la zone de service principale des Hôpitaux. Ces documents sont disponibles également sur le site Internet des hôpitaux gratuitement sur demande.

b. Visualiser et imprimer les informations sur le site Internet des Hôpitaux

Site Internet : Il est possible de visualiser les informations relatives à l'assistance financière en ligne sur le site Internet suivant : <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

c. Demande

Un individu peut solliciter une assistance financière en remplissant une copie papier de la demande. Il est possible d'obtenir une copie papier de la demande gratuitement par l'un des moyens suivants :

a) Par courrier En écrivant à l'adresse ci-après pour solliciter une copie papier de la demande d'assistance financière :

- HUMC patients 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601
- Centre médical Palisades, 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047
- Les AGB du Centre médical de l'Université de Jersey Shore, du Centre médical Ocean, du Centre médical Riverview, du Centre médical Southern Ocean, du Centre médical Bayshore et du Centre médical de Raritan Bay - 1945 Route 33, Neptune, NJ 07753

b) Personnellement : Vous pouvez personnellement vous présenter au Département d'assistance financière (du lundi au vendredi de 8 h à 16 h), situé à l'adresse suivante :

- HUMC, 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601
- Centre médical Palisades, 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047
- Centre médical de l'Université de Jersey Shore, 1945 Route 33, Neptune, NJ 07753
- Centre médical Ocean, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Centre médical Riverview 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Centre médical Southern Ocean, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Centre médical Bayshore 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Centre de médecine générale Meridian, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ 07753
- Centre de médecine générale Jane H Booker, Neptune, NJ 07753
- Centre de santé comportementale Booker, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Centre de santé comportementale Neptune, NJ 07753
- Centre médical de Raritan Bay, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

c) Par téléphone : Vous pouvez contacter le Département d'assistance financière au (551) 996-4343 pour le HUMC, au (201) 854-5092 pour le PMC ou au (732) 902-7080 pour toutes les autres adresses

d. Période de sollicitation :

Un individu dispose de deux ans à compter de la date à laquelle il reçoit son premier document de facturation après sa sortie pour solliciter une assistance financière. Les demandes incomplètes ne sont pas prises en compte ; toutefois, les demandeurs sont notifiés et il leur est donné la possibilité de fournir les documents/les informations manquants.

e. Demandes complètes :

Bien vouloir transmettre par courrier les demandes complètes au Département d'assistance financière (voir l'adresse ci-haut, également contenue dans les documents de facturation). Seules les données fournies par le patient sollicitant sont prises en compte pour l'approbation de l'assistance financière.

les hospitalisations et les consultations externes

Les Hôpitaux fournissent des documents de facturation pour les services qu'ils ont rendus après traitement des réclamations par l'assureur. Les soldes après traitement des réclamations par l'assureur comprennent :

1. La quote-part (patients non assurés)
2. La quote-part après paiement par l'assurance (l'assurance s'étant acquitté de son obligation conformément à la police souscrite, le solde restant est à la charge du patient)
3. Soins caritatifs des Hôpitaux (soins compassionnels, tarifs réduits)
4. La quote-part après paiement par Medicare (la responsabilité du patient est définie par Medicare).

Pour les patients non assurés, un document de facturation est envoyé par courrier environ quatre jours après la sortie ou après la date de fourniture du service.

Cycle de facturation des patients non couverts par Medicare – Le cycle de facturation total est de 62 jours avant envoi du solde pour recouvrement. Une facture est envoyée aux patients après que l'assurance s'est acquittée de son obligation. L'intégralité du montant doit être versée à la date indiquée dans le document de facturation. En cas de non-réception de tout le montant dû à la date indiquée, il est envoyé au patient d'autres factures (jusqu'à trois au total). En cas de non-réception du paiement, un avis de recouvrement est envoyé au client contenant une mise en demeure de paiement sous dix jours. En cas de non-réception du paiement malgré cela, le compte est transmis à une agence de recouvrement.

Cycle de facturation des patients couverts par Medicare – Le cycle de facturation total est de 120 jours avant envoi du solde pour recouvrement. Une facture est envoyée au patient après paiement par Medicare et toute autre assurance secondaire des coûts assurés. L'intégralité du montant doit être versée à la date indiquée dans le document de facturation. En cas de non-réception de tout le montant dû à la date indiquée, il est envoyé au patient d'autres factures (jusqu'à quatre au total). En cas de non-réception du paiement, un avis de recouvrement est envoyé au client contenant une mise en demeure de paiement sous dix jours. En cas de non-réception du paiement malgré cela, le compte est transmis à une agence de recouvrement. En cas de paiement partiel effectué à tout moment durant cette période de 120 jours, une période supplémentaire de 120 jours est accordée avant transmission du solde pour recouvrement.

Voici les adresses de paiement pour les patients :

- Centre médical de l'Université de Hackensack, B.P. 48027, Newark NJ 07101-4827
- Centre médical Palisades, 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047
- Centre médical de l'Université de Jersey Shore, Neptune, NJ, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre médical Ocean, Brick, NJ, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre médical Riverview, Red Bank, NJ, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre médical Southern Ocean, Manahawkin, NJ, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre médical Bayshore, Holmdel, NJ, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre de médecine générale Meridian, Neptune, NJ 07753, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre de médecine générale Jane H Booker, Neptune, NJ 07753, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre de santé comportementale Booker, Shrewsbury, NJ, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre de santé comportementale Parkway 100, Neptune, NJ, B.P. 416765, Boston, MA 02241-6765
- Centre médical de Raritan Bay, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ, 416765, Boston, MA 02241-6765

Les patients rencontrant des problèmes avec leurs soldes peuvent appeler le service clientèle au (551)

996-3355 pour le HUMC, au (201) 854-5092 pour les PMC ou au (732) 776-4380 pour toutes les autres adresses.

Les *mesures de recouvrement extraordinaires* sont, entre autres : l'hypothèque ou la forclusion d'une propriété du patient, la saisie ou le gel d'une de ses propriétés ou de son compte bancaire, l'engagement de poursuites civiles, ce qui pourrait entraîner son arrestation et des prélèvements de ses salaires. Les mesures de recouvrement extraordinaires ne sont applicables qu'au bout d'une certaine période et ne peuvent être engagées qu'une fois que des efforts raisonnables ont été fournis pour déterminer si le patient est éligible au FAP.

- 1. Période de notification : Les Hôpitaux notifient les individus sur la politique de recouvrement, de paiement et d'assistance financière avant d'engager toute mesure extraordinaire de recouvrement en vue d'obtenir le paiement en question et ne peuvent engager ces mesures extraordinaires de recouvrement qu'au moins 120 jours après envoi au patient du premier document de facturation post-traitement.*
- 2. Période de sollicitation : Un individu dispose de deux ans à compter de la date à laquelle il reçoit son premier document de facturation post-traitement pour soumettre une demande. En cas de soumission d'une demande à tout moment au courant de la période, les mesures extraordinaires de recouvrement sont suspendues.*
- 3. Délai d'attente pour les mesures extraordinaires de recouvrement : Les Hôpitaux doivent accorder au patient un préavis minimal de trente (30) jours avant d'engager quelque mesure extraordinaire de recouvrement que ce soit.*

ANNEXE B : Fournisseurs par départements qui fournissent les services de soins d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires au sein de l'établissement hospitalier

HUMC

Département/Organisme/Groupe	couvert par la Politique d'assistance financière
Mise à jour le 31/12/2018	
Anesthésiologie	Non
Centre de traitement du cancer	Non
Odontologie	Non
Médecine d'urgence	Non
Médecine générale	Non
Médecine interne	Non
Neurochirurgie	Non
Obstétrique et gynécologie	Non
Ophtalmologie	Non
Chirurgie orthopédique	Non
Otorhinolaryngologie	Non
Pathologie	Non
Pédiatrie	Non
Chirurgie plastique et réparatrice	Non
Soins du pied	Non
Psychiatrie et médecine comportementale	Non
Radio-oncologie	Non
Radiologie	Non
Médecine de réadaptation	Non
Chirurgie	Non
Urologie	Non
Hospitalistes	Non
Services de laboratoire	Non

Département/Organisme/Groupe	couvert par la Politique d'assistance financière					
	Mise à jour le 31/12/2018					
	JSUMC	OMC	RMC	SOMC	BMC	RBMC
Anesthésiologie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Odontologie	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Médecine d'urgence	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecine générale	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Médicaments	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Obstétrique et gynécologie	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Ophthalmologie	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Orthopédie	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Pathologie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Pédiatrie	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Psychiatrie	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Radio-oncologie	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Radiologie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Chirurgie	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Centre médical Palisades, mise à jour le 31/12/2018

Département/Organisme/Groupe	couvert par la Politique d'assistance financière
Anesthésiologie	Non
Médecine d'urgence	Non
Pathologie	Non
Radiologie	Non
Hospitalistes	Non
Intensivistes	Non
Cardiologie	Non

« Non » – Les membres de ce département ne respectent pas les pratiques de la Politique d'assistance financière des Hôpitaux. Bien vouloir contacter leurs bureaux pour confirmation de leur participation. Les membres du groupe médical Meridian participent aux FAP des Hôpitaux et sont membres des départements de médecine, d'oncologie, de chirurgie, d'obstétrique et gynécologie, et de pédiatrie.

Visualiser les informations sur les fournisseurs sur le site Internet des Hôpitaux

A. Site Internet : Il est possible de visualiser les informations relatives aux fournisseurs en ligne sur le site Internet suivant : <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

B. Liste des fournisseurs Toute personne peut obtenir une copie papier de la liste des fournisseurs par l'un des moyens suivants :

a) Par courrier En écrivant à l'adresse ci-après pour demander une copie papier de la liste :

- HUMC patients 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601
- Centre médical Palisades, 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047
- Les AGB du Centre médical de l'Université de Jersey Shore, du Centre médical Ocean, du Centre médical Riverview, du Centre médical Southern Ocean, du Centre médical

Bayshore et du Centre médical de Raritan Bay - 1945 Route 33, Neptune, NJ 07753

b) Personnellement : Vous pouvez personnellement vous présenter au Département d'assistance financière (du lundi au vendredi de 8 h à 16 h), situé à l'adresse suivante :

- HUMC, 100 First Street - Suite 300 Hackensack, NJ 07601
- Centre médical Palisades, 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047
- Centre médical de l'Université de Jersey Shore, 1945 Route 33, Neptune, NJ 07753
- Centre médical Ocean, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Centre médical Riverview 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Centre médical Southern Ocean, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Centre médical Bayshore, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733,
- Centre de médecine générale Meridian, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ 07753
- Centre de médecine générale Jane H Booker, Neptune, NJ 07753
- Centre de santé comportementale Booker, Shrewsbury, NJ, Parkway 100 Centre de santé comportementale Neptune, NJ 07753
- Centre médical de Raritan Bay, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

c) Par téléphone : Vous pouvez contacter le Département d'assistance financière au (551) 996-4343 pour le HUMC, au (201) 854-5092 pour le PMC ou au (732) 902-7080 pour tous les autres établissements