

Manual de políticas administrativas de HMH Hospitals Corporation

Política de asistencia financiera n.º 1845

Fecha de entrada en vigencia: enero de 2016; modificada y combinada el 1 de enero de 2018 para la formación de HMH Hospitals Corporation

Objetivo:

Identificar las normas vigentes para el cobro de todas las tarifas asociadas con la atención de pacientes en las instalaciones que se presta en HMH Hospitals Corporation (en adelante, “los hospitales”) y los procesos de interacción entre el paciente, el garante y el personal de Atención al Cliente y de Registro de pacientes de los Hospitales.

El cumplimiento de esta política permitirá dar uniformidad a las recaudaciones de ingresos de los hospitales, mientras se mantiene la reputación por la que se conoce a los hospitales. El cumplimiento de esta política también permitirá saber más acerca de las opciones de asistencia financiera disponibles para pacientes elegibles que necesitan atención de emergencia, u otro tipo de atención médicamente necesaria, y describirá los procedimientos por los que estos pacientes pueden solicitar asistencia financiera.

El objetivo será mejorar la comunicación con los pacientes, aumentar la transparencia de los precios, aumentar el cobro en efectivo previo al servicio y mejorar considerablemente las relaciones con el público y con el paciente al proporcionarles la información que necesitan para comprender el precio de su atención. Además, en un esfuerzo por aumentar el acceso a los servicios, los hospitales proporcionan mayor acceso a la cobertura de todos los miembros de la comunidad.

HMH Hospitals Corporation:

HMH Hospitals Corporation (algunos de los centros médicos de los Hospitales son Bayshore Medical Center, Hackensack University Medical Center, Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Palisades Medical Center, Raritan Bay Medical Center, Riverview Medical Center y Southern Ocean Medical Center) estableció una misión para satisfacer las necesidades médicas de las comunidades en las que brinda sus servicios. Una política financiera sólida comprometida con protocolos razonables de crédito y cobro, así como opciones integrales de asistencia financiera, es de vital importancia y fundamental para la misión de los hospitales. HMH Hospitals Corporation mantendrá una política de transparencia de precios al comunicar la responsabilidad financiera a los pacientes antes de prestar los servicios, lo que no incluye los servicios de emergencia y trauma. La política siempre respetará las situaciones financieras de los pacientes y preservará la dignidad de las personas involucradas, de conformidad con la ley vigente de Nueva Jersey que rige la Atención de Caridad, Ley Pública 1992, capítulo 160.

Tenga en cuenta que, de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo de 1986 (EMTALA), se examinará y estabilizará a las personas con afecciones médicas de emergencia, independientemente de su capacidad de pago. Esos servicios no se podrán demorar, denegar o, de otro modo, calificar por ningún motivo, lo que incluye, entre otros, consultas relacionadas con el pago. Consulte la Política administrativa 558-1, Ley de Transferencia de Pacientes y Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA).

I. Cobros por adelantado: población de pacientes en general

Política:

A los fines de esta política, los “costos a cargo del paciente” para pacientes con cobertura médica se definen como el monto adeudado por el paciente (o garante) para todas las cuentas según lo defina el pagador. El término “costos a cargo del paciente sin cobertura médica” se define como nuestra tasa de cuidados compasivos. El término “instalación” se refiere a los precios por el “uso de esta instalación” y no los precios del consultorio del médico o los honorarios del médico. El término “costos compartidos” se refiere a un monto de deducible, coseguro o copago.

En general, un paciente o un garante tendrán la responsabilidad de pagar los costos a su cargo en las siguientes circunstancias:

- A. El paciente no tiene cobertura de atención médica para los servicios de la instalación.
- B. El paciente tiene cobertura de atención médica para los servicios de la instalación; sin embargo, el servicio que se presta no está cubierto por la cobertura de atención médica del paciente (por ejemplo, cirugía estética).
- C. El paciente tiene cobertura de atención médica; sin embargo, al comprobarla, se determina que el paciente adeuda un monto de costo compartido. Este monto puede venir en forma de deducible anual, coseguro vigente o copago por los servicios que se prestan en la instalación.
- D. El paciente debe pagar una multa si utiliza servicios fuera de la red (los hospitales no participan en una red específica). Esta sanción es impuesta por los pagadores cuando un paciente elige un centro o médico fuera de la red para atenderse. La multa variará según la cobertura hospitalaria de los pacientes. Para aumentar la transparencia en los servicios de atención médica fuera de la red, los hospitales informarán a los pacientes si la instalación está dentro o fuera de la red con respecto al plan de beneficios de salud del paciente; advertirán a los pacientes que, si el centro está dentro de la red, el paciente no incurrirá en ningún gasto de su bolsillo fuera de los que normalmente se aplican a un procedimiento dentro de la red, a menos que el paciente seleccione consciente, voluntaria y específicamente un proveedor fuera de la red para que le proporcione los servicios; informará a los pacientes que, si el centro está fuera de la red, el paciente tendrá una responsabilidad financiera correspondiente a los servicios de atención médica prestados en un centro fuera de la red.
- E. El paciente agotó su cobertura de atención médica durante el período de beneficios actual (año de beneficios, año calendario o máximos de por vida).

Si un paciente o garante tiene cobertura de atención médica del centro, debe usar las siguientes pautas para determinar o cobrar los saldos de costos a su cargo:

A. Deducible para pacientes hospitalizados de Medicare: El deducible para pacientes hospitalizados de Medicare de 2018 es de \$1340.00.

B. Coseguro para pacientes ambulatorios de Medicare

Si el paciente no cuenta con una cobertura secundaria, se debe cobrar el monto del coseguro como se indica en el Programa de Pagos de Clasificaciones de Pago Ambulatorio (APC) de los hospitales. El monto correcto se puede encontrar en la columna “Coseguro”. Si el servicio que se presta no aparece en la lista de APC, consulte la Tabla de tarifas de Medicare correspondiente según el servicio prestado (Medicina de rehabilitación, Mamografías, Unidad médica de cuidado intensivo [MICU]/Ambulatorio, Análisis clínicos, Educación sobre diabetes, etc.)

Informe al beneficiario que este es un gasto de bolsillo estimado. Si la responsabilidad es mayor, se facturará el saldo al paciente. Si es menor que el monto cobrado, se reembolsará al paciente la cantidad excedente.

C. Medicaid

Generalmente, no hay gastos de bolsillo de destinatario o paciente por los servicios cubiertos. Sin embargo, según el nivel de cobertura de Medicaid, puede haber un gasto de bolsillo por coseguro o por servicio no cubierto.

D. Cobertura de Blue Cross y Blue Shield

Para confirmar la responsabilidad del paciente o el gasto o precio de su bolsillo, verifíquelo electrónicamente (Elegibilidad en tiempo real [RTE] o sitio web del pagador) o comuníquese con Blue Cross. Verifique si hay una responsabilidad de paciente o un servicio no cubierto. Obtenga el monto del costo compartido e infórmeselo al paciente. El monto del copago del **Centro de emergencias y trauma** (ETC) debe comprobarse en la Verificación de RTE o en el sitio web del pagador. Si no puede verificarlo en la RTE o en el sitio web del pagador, el monto del copago se puede encontrar en la tarjeta de identificación de cobertura del paciente. Como último recurso, comuníquese directamente con el pagador correspondiente.

E. Pagadores de atención comercial y administrada

Para confirmar la responsabilidad del paciente o el gasto a su cargo, verifíquelo electrónicamente (Elegibilidad en tiempo real [RTE] o sitio web del pagador) o comuníquese con el pagador. Verifique si hay una responsabilidad de paciente o un servicio no cubierto. Obtenga el monto del costo compartido e infórmeselo al paciente. El monto del copago del ETC debe comprobarse en la Verificación de RTE, o en el sitio web del pagador. Si no puede verificarlo en la RTE o en el sitio web del pagador, el monto del copago se puede encontrar en la tarjeta de identificación de cobertura del paciente. Como último recurso, comuníquese directamente con el pagador correspondiente.

1. Admisiones electivas como paciente hospitalizado, cirugía ambulatoria y pacientes ambulatorios en una cama (visitas programadas)

a. Los pacientes, con o sin cobertura, deben recibir autorización financiera:

- i. antes o en la fecha de las pruebas previas a la admisión; o
- ii. a más tardar a las 12:00 del mediodía, tres (3) días hábiles antes del procedimiento.

El término “autorización financiera” se refiere a la verificación de la cobertura, al cobro de todos los gastos de bolsillo para todos los pacientes y la obtención de todas las certificaciones previas, autorizaciones o derivaciones requeridas para aquellos pacientes con cobertura. Para aquellos que cuentan con cobertura, los gastos de bolsillo pueden incluir deducibles, coseguros y montos de copago, así como todos los costos que no están incluidos en la cobertura (procedimientos no cubiertos). Para aquellos que no cuentan con cobertura, los gastos de bolsillo están sujetos a las tarifas de Cuidados compasivos de HMH Hospitals Corporation.

Si un paciente no recibe autorización financiera dentro del plazo establecido, se notificará al director clínico o administrador del área de servicio y posteriormente se tomará una determinación en cuanto a la necesidad médica de la afección del paciente con respecto al procedimiento o a la prueba.

b. Admisiones previas

HMH Hospitals Corporation registrará previamente todos los servicios electivos cuando sea posible. El método de pago debe identificarse antes de que se admita al paciente, lo que incluye los costos a cargo del paciente y los saldos pendientes anteriores. Las evaluaciones financieras se realizarán antes del procedimiento programado del paciente. Si es necesario, se garantizará un acuerdo financiero antes del procedimiento programado del paciente en función de las alternativas de pago descritas en esta política que comienza en la Sección II (E).

2. Costos a cargo del paciente ambulatorio por servicios no electivos

Los pacientes, con o sin cobertura, deben recibir autorización financiera a más tardar a las 12:00 del mediodía, tres (3) días hábiles antes del procedimiento.

El término “autorización financiera” se refiere a la verificación de la cobertura, el cobro de todos los gastos de bolsillo para todos los pacientes y la obtención de todas las certificaciones previas, autorizaciones o derivaciones requeridas para aquellos pacientes con cobertura. Para aquellos que cuentan con cobertura, los gastos de bolsillo pueden incluir deducibles, coseguros y montos de copago, así como todos los costos que no están incluidos en la cobertura (procedimientos no cubiertos). Para aquellos que no cuentan con cobertura, los gastos de bolsillo están sujetos a las tarifas de Cuidados compasivos de HMH Hospitals Corporation.

Si un paciente no recibe autorización financiera durante el plazo establecido, se notificará al director clínico o al administrador del área de servicio y posteriormente se tomará una determinación en cuanto a la urgencia médica de la afección del paciente con respecto al procedimiento o a la prueba.

3. Admisiones/transferencias/admisiones directas de urgencia para pacientes hospitalizados Para los pacientes que ingresan a HMH Hospitals Corporation como casos urgentes, transferencias o admisiones directas, la elegibilidad de los beneficios y la verificación se realizarán al momento de la admisión.

4. Centro de emergencias y trauma (ETC)

HMH Hospitals Corporation continuará evaluando y tratando la afección médica del paciente antes de hablar sobre cualquier acuerdo de pago financiero. HMH Hospitals Corporation no negará la prestación del servicio en el ETC. Después de verificar que se examinó al paciente, que la persona se encuentra estable y que el médico del paciente le dio su aprobación, se contactará para intentar cobrar los gastos de bolsillo de los que es responsable el paciente.

Después de la verificación de elegibilidad, HMH Hospitals Corporation facturará toda la cobertura de atención médica, lo que incluye Medicare, Medicaid y terceros pagadores.

5. Acuerdos de atención administrada (pacientes con cobertura) HMH Hospitals Corporation tiene acuerdos de atención administrada específicos. La responsabilidad del paciente será determinada por el tercero pagador. Para calcular el monto en dólares, se utilizará la tarifa contratada acordada con el pagador.

Consulte el Apéndice A de esta política para ver el Cronograma de cobros de pacientes de los hospitales y obtener más información sobre el proceso de cobro y cumplimiento del Código de Rentas Internas §501(r)(6).

II. Política de asistencia financiera

Para casos relacionados con el tratamiento de niños calificados o pacientes de Medicaid, consulte la *Política administrativa 1846, Política de asistencia financiera (Atención de caridad/Atención infantil/Medicaid)*.

Tenga en cuenta que esta política no cubre todos los servicios prestados dentro de las instalaciones de los hospitales. Consulte el Apéndice B para obtener una lista de proveedores por departamento que brindan servicios de emergencia u otros servicios de atención médica que son médicamente necesarios dentro del hospital. Este apéndice especifica qué proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no. La lista de proveedores se revisará trimestralmente y se actualizará, si es necesario.

A. Política de descuentos de cuidados compasivos de hospital Cuando se aplica el descuento de Cuidados compasivos a una cuenta, la suma total adeudada se basará en las tarifas de Cuidados compasivos de Costos a cargo de los pacientes hospitalizados y ambulatorios por los servicios prestados. Las tarifas de Cuidados compasivos de pacientes hospitalizados son las tarifas de Grupos relacionados por diagnóstico (DRG) de Medicare para el año en curso. Las tarifas de Cuidados compasivos de pacientes ambulatorios se basan en la tarifa de Clasificaciones de pago ambulatorio (APC) de Medicare multiplicada por dos, o la tarifa de la Tabla de tarifas de Medicare multiplicada por dos, según el servicio prestado.***

Estas tarifas son finales. **No se aplicarán más descuentos a estas tarifas; no obstante, no se le cobrará a ninguna persona elegible para el Programa de asistencia financiera (FAP) más que los Montos generalmente facturados (AGB) (se define más adelante).**

B. Política de descuento de Nueva Jersey (Estado 15)

A partir del 4 de febrero de 2009, los pacientes sin cobertura cuyos ingresos familiares se encuentren entre el 300 y el 500 % de las Pautas federales de pobreza se examinarán mediante nuestro proceso actual de Evaluación de atención de caridad. Una vez calificados, revise el pagador primario con respecto a “Q76”: “Atención de Nueva Jersey (Estado 15)”. Las tarifas de Atención de Nueva Jersey (Estado 15) de pacientes hospitalizados son las tarifas de DRG de Medicare para el año en curso. Las tarifas de Atención de Nueva Jersey (Estado 15) de pacientes ambulatorios se basan en la tarifa de APC de Medicare multiplicada por 115 %, o la tarifa de la Tabla de tarifas de Medicare multiplicada por 115 %, según el servicio prestado.***

Los costos a cargo del paciente después de los saldos del seguro (deducibles, coseguros y copagos) no se descontarán, a menos que el paciente califique de otro modo de conformidad con esta política.

C. Cálculo de Montos generalmente facturados (AGB) para la atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria

De conformidad con el Código de Rentas Internas §501(r)(5), en caso de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, a los pacientes elegibles para asistencia financiera de conformidad con esta política no se les cobrará más que a una persona que cuente con una cobertura que cubra esa atención.

A una persona que se considere elegible para recibir asistencia financiera, que requiera atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, se le cobrará **el monto que resulte menor:**

1. el monto calculado de conformidad con las secciones (II)(A)-(B) anteriores; o
2. el AGB.

Para calcular el AGB de Hackensack University Medical Center y Palisades Medical Center, se utiliza la tarifa retrospectiva de Medicare por el servicio más las aseguradoras de salud privadas. Para obtener una descripción de los siguientes porcentajes y la metodología de cálculo de forma gratuita, solicítelo por escrito. Los porcentajes actuales de AGB son los siguientes:

1. Paciente hospitalizado: 26 %
2. Paciente ambulatorio: 32 %
3. Paciente ambulatorio de sala de emergencias: 22 %

Para calcular el AGB de Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center, y Raritan Bay Medical Center, se utiliza el método de pago prospectivo y equivale a la tarifa de Medicare por las tarifas de servicio.

D. Formas de pago

Los hospitales aceptan las siguientes formas de pago:

1. Efectivo
2. Giro postal
3. Tarjetas de crédito selectas: Visa, MasterCard, American Express, Discover
4. Tarjetas de débito con el logotipo de Visa o MasterCard
5. Cheque bancario
6. Cheques personales
7. Transferencia bancaria electrónica

E. Plan de acuerdo financiero de los hospitales Se pueden establecer acuerdos financieros a pedido. Se tomará un depósito mínimo, y el saldo posterior se puede colocar en un plan de cuotas sin intereses.

F. Acuerdos financieros para cuentas con saldos pendientes Para comenzar a organizarlo, se utilizará el formulario de Pago de acuerdo financiero. Todos los formularios completados se distribuirán de la siguiente manera:

-Se entrega una copia al paciente, si la solicita. (Acuerdo financiero de paciente ambulatorio, en inglés) (Acuerdo financiero de paciente ambulatorio, es español) y (Acuerdo financiero de paciente hospitalizado, en inglés) (Acuerdo financiero de paciente hospitalizado, en español o coreano).

El acuerdo financiero se revisará en su totalidad con el paciente o con el garante. En el acuerdo, aparecerá la siguiente sección:

“Reconozco que, como consecuencia del incumplimiento de estas obligaciones, tal como se define en el plan de pago, HMM Hospitals Corporation enviará mi cuenta a cobranzas morosas. También reconozco que si este acuerdo no se cumple, pasará a cobrarse el monto completo de las tarifas con descuento acordadas” y “todos los cargos al momento de la inscripción son estimados y basados de acuerdo con un plan de tratamiento médico, y están sujetos a cambios. Tenga en cuenta que a ninguna persona elegible para el FAP se le aplicará un cargo superior al AGB”.

G. Programas de asistencia financiera: Medicaid de Nueva Jersey o Atención de caridad

Se derivará a todos los pacientes que no puedan pagar las tarifas de Atención compasiva de los hospitales a un asesor financiero. Si el asesor financiero no puede emitir una autorización financiera para el paciente, se derivará al paciente a la Unidad de Asistencia Financiera, la cual determinará si el paciente reúne los requisitos para participar de uno de los programas de otorgamiento de derecho.

H. Política de pacientes internacionales (pacientes extranjeros):

Definición de paciente internacional de los hospitales:

Pacientes que actualmente residen en un país extranjero y que viajan a los Estados Unidos para recibir tratamiento en HMM Hospitals Corporation por servicios específicos. Estos servicios están organizados previamente y NO están sujetos a las disposiciones de la Unidad de Asistencia Financiera descritas en esta política.

Todos los pacientes internacionales provenientes de países extranjeros, que acuerden previamente venir a los hospitales para recibir tratamiento médico previamente acordado, recibirán una tasa aprobada de reembolso por los servicios, que incluyen, entre otros:

- Cardiología
- Programas de trasplante de órganos
- Oncología
- Ortopedia
- Procedimientos urológicos

Las visitas de estos pacientes se programarán anticipadamente, momento en el que se realizarán los trámites correspondientes para que se efectúe una transferencia electrónica de fondos (lo que incluye el número de servicio telefónico para la transferencia electrónica) para cubrir el tratamiento. La transferencia electrónica de fondos debe efectuarse cinco (5) días hábiles antes de que el paciente visite los hospitales. Se reembolsará cualquier monto de pago anticipado que no se utilice.

III. Solicitud de asistencia financiera

a. Idiomas disponibles

El FAP del Centro médico, el formulario de solicitud y el Resumen en lenguaje sencillo (PLS) están disponibles en inglés y en la primera lengua de las poblaciones con dominio limitado del inglés, que constituyen la cantidad menor de 1000 personas o el 5 % del área de servicio primario de los hospitales. Una vez que se presenta la solicitud, se puede acceder a los documentos de forma gratuita en el sitio web de los hospitales.

b. Visualización e impresión de información del sitio web de los hospitales

Sitio web: Una persona puede visualizar en línea la información sobre asistencia financiera en el siguiente sitio web: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

c. Solicitud

Para solicitar asistencia financiera, se debe completar la solicitud en formato de papel. Para acceder de forma gratuita a la solicitud en formato de papel, se puede utilizar cualquiera de los siguientes métodos:

a) Por correo: Puede escribir a la siguiente dirección y solicitar una copia en formato de papel de la solicitud de asistencia financiera:

- HUMC patients 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 y Raritan Bay Medical Center: 1945 Route 33, Neptune NJ, 07753

b) En persona: Puede pasar personalmente por el Departamento de Asistencia Financiera (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.), que se encuentra en la siguiente dirección:

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

c) Por teléfono: Para ponerse en contacto con el Departamento de Asistencia Financiera, llame al (551) 996-4343 HUMC, al (201) 854-5092 PMC, o al (732) 902-7080 para todas las demás ubicaciones.

d. Plazo de solicitud:

Para solicitar asistencia financiera, una persona cuenta con un plazo de dos años a partir de la fecha en que recibe el primer resumen de cuenta posterior al alta. Las solicitudes incompletas no se tienen en cuenta, pero se notifica a los solicitantes y se les da la oportunidad de proporcionar la documentación o información que se omitió.

e. Solicitudes completas:

Envíe todas las solicitudes completas al Departamento de Asistencia Financiera (consulte la dirección arriba, que también figura en los resúmenes de facturación). Para aprobar la asistencia financiera, se utilizarán únicamente los datos proporcionados por el solicitante.

APÉNDICE A: Cronograma de cobros de pacientes de HMH Hospitals Corporation (para servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios)

Los hospitales proporcionan resúmenes de facturación por los servicios prestados después de que el seguro haya procesado el reclamo. Los saldos después del seguro incluyen lo siguiente:

1. costos a cargo del paciente (paciente sin cobertura);
2. costos a cargo del paciente después del seguro (la cobertura cumplió con el pago de las prestaciones, el cliente es responsable del saldo restante);
3. atención de caridad de los hospitales (cuidados compasivos: cargos con descuento aplicado);

4. costos a cargo del paciente después de Medicare (responsabilidad del cliente, según lo defina Medicare).

Para aquellos pacientes sin cobertura, se envía una declaración por correo unos cuatro días después del alta o de la fecha del servicio.

Ciclo de resumen no correspondiente a Medicare: El ciclo total de facturación es de 62 días antes de que el saldo se envíe a *cobranzas morosas*. Se envía una factura a los pacientes después de que la cobertura haya cumplido con el pago de las prestaciones. El pago total debe recibirse antes de la fecha de vencimiento estipulada en el resumen de cuenta. Si el total vencido no se recibe en la fecha de vencimiento, el paciente continuará recibiendo resúmenes de cuenta (hasta tres en total). Si no se recibe el pago, se enviará una carta final de aviso previo al cobro, al paciente, en la que se solicitará el pago durante un plazo de diez días. Si aún así el pago no se recibe, la cuenta se derivará a una agencia de cobranza.

Ciclo de resumen correspondiente a Medicare: El ciclo total de facturación es de 120 días antes de que el saldo se envíe a cobro. Se envía una factura a los pacientes después de que Medicare y cualquier tipo de cobertura secundaria hayan cumplido con el pago. El pago total debe recibirse antes de la fecha de vencimiento estipulada en el resumen de cuenta. Si la suma total vencida no se recibe en la fecha de vencimiento, el paciente continuará recibiendo resúmenes de cuenta (hasta cuatro en total). Si no se recibe el pago, se enviará una carta final de aviso previo al cobro, al paciente, en la que se solicitará el pago durante un plazo de diez días. Si aún así el pago no se recibe, la cuenta se derivará a una agencia de cobranza. Si se realiza un pago parcial en cualquier momento durante el plazo de los 120 días, se otorgan 120 días adicionales antes de que el saldo se envíe a cobro.

A continuación, se indica la dirección a la que los pacientes deben enviar el pago:

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

Los pacientes que tengan inquietudes con respecto a su saldo pueden ponerse en contacto con Servicio al Cliente por teléfono al (551) 996-3355 HUMC, al (201) 854-5092 PMC, o al (732) 776-4380 para todas las demás ubicaciones.

Las medidas de cobro extraordinarias incluirán, entre otras, lo siguiente: colocar gravámenes sobre la propiedad de una persona, ejecutar una hipoteca sobre la propiedad de una persona, incautar o embargar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal, iniciar una acción civil contra una persona, provocar el arresto de la persona y embargar el salario de una persona. Las medidas de cobro extraordinarias se rigen por los siguientes períodos de tiempo y comenzarán solo después de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para el FAP.

1. *Plazo de notificación: Los hospitales deberán notificar a la persona sobre la política de cobranzas morosas, pago y asistencia financiera antes de tomar cualquier medida de cobranzas morosas extraordinaria para obtener el pago, y deberán abstenerse de tomar medidas de cobranzas morosas extraordinarias durante un plazo de, al menos, 120 días a partir de la fecha en que el paciente recibe el primer resumen de cuenta posterior al alta por la atención recibida.*
2. *Plazo de solicitud: Para presentar una solicitud, una persona cuenta con un plazo de dos años a partir de la fecha en que recibe el primer resumen de cuenta posterior al alta. Si una solicitud se presenta en algún momento durante el plazo de solicitud, se suspenderán las medidas de cobranzas morosas extraordinarias.*
3. *Tiempo de espera para tomar medidas de cobranzas morosas extraordinarias: los hospitales deben notificar al paciente con un plazo mínimo de treinta (30) días antes de tomar cualquier tipo de medida de cobranzas morosas extraordinaria.*

APÉNDICE B: Proveedores por departamento que brindan servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios dentro de las instalaciones de los hospitales

HUMC

Departamento/Entidad/Grupo	Cubierto por la Política de asistencia
	Actualizado 12/31/2018
Anestesiología	No
El Centro del Cáncer	No
Odontología	No
Medicina de emergencia	No
Medicina de familia	No
Medicina interna	No
Neurocirugía	No
Obstetricia y Ginecología	No
Oftalmología	No
Cirugía ortopédica	No
Otorrinolaringología	No
Patología	No
Pediatría	No
Cirugía plástica y reconstructiva	No
Podología	No
Medicina psiquiátrica y del comportamiento	No
Radiación oncológica	No
Radiología	No
Medicina de rehabilitación	No
Cirugía	No
Urología	No
Médicos hospitalistas	No
Servicios de laboratorio	No

Departamento/Entidad/Grupo	Cubierto por la Política de asistencia financiera					
	Actualizado 12/31/2018					
	JSUMC	OMC	RMC	SOMC	BMC	RBMC
Anestesiología	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Odontología	No	No	No	No	No	No
Medicina de emergencia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Médico de familia	No	No	No	No	No	No
Medicina	No	No	No	No	No	No
Obstetricia y Ginecología	No	No	No	No	No	No
Oftalmología	No	No	No	No	No	No
Ortopedia	No	No	No	No	No	No
Patología	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Pediatría	No	No	No	No	No	No
Psiquiatría	No	No	No	No	No	No
Radiación oncológica	No	No	No	No	No	No
Radiología	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cirugía	No	No	No	No	No	No

Palisades Medical Center (Actualizado el 31 de diciembre de 2018)

Departamento/Entidad/Grupo	Cubierto por la Política de asistencia financiera
Anestesiología	No
Medicina de emergencia	No
Patología	No
Radiología	No
Médicos hospitalistas	No
Cuidados intensivos	No
Cardiología	No

“No”: Los miembros de este departamento no siguen las prácticas de la Política de asistencia financiera de los hospitales. Póngase en contacto con sus consultorios para confirmar su participación. Los miembros de Meridian Medical Group participan en el FAP de los hospitales y son miembros de los Departamentos de Medicina, Oncología, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, y Pediatría.

Visualización de la información de proveedores en el sitio web de los hospitales

A. Sitio web: Se puede visualizar en línea la información sobre proveedores en el siguiente sitio web: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

B. Listado de proveedores Se puede obtener una copia en formato de papel del listado de proveedores por cualquiera de los siguientes métodos:

a) Por correo: Puede escribir a la siguiente dirección y solicitar una copia en formato de papel:

- HUMC patients 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 and Raritan Bay Medical Center: 1945 Route 33, Neptune NJ, 07753

b) En persona: Puede pasar personalmente por el Departamento de Asistencia Financiera (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.), que se encuentra en la siguiente dirección:

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

c) Por teléfono: Para ponerse en contacto con el Departamento de Asistencia Financiera, llame al (551) 996-4343 HUMC, al (201) 854-5092 PMC, o al (732) 902-7080 para todas las demás instalaciones.