

HMH Hospitals Corporation
Manwal para sa Administratibong Patakaran

Policy ng Tulong Pinansyal (Financial Assistance Policy) #: 1845

Petsa ng Pagsisimula: Inamyendahan at pinagsamang Enero, 2016 at Enero 1, 2018 para sa pagbuo ng HMH Hospitals Corporation

Layunin:

Para matukoy ang mga umuugit na patakaran para sa pagkolekta ng lahat ng bayaring kaugnay sa pangangalaga ng pasyente sa pasilidad na isinagawa sa HMH Hospitals Corporation (tutukuyin bilang “Mga Ospital” mula sa puntong ito pasulong) at ang mga proseso para sa pakikipag-ugnayan sa pagitan ng pasyente, tagapaggarantiya, at kawani ng Pagpapatala at Serbisyo sa Customer ng Mga Ospital (Customer Service and Registration ng Mga Ospital.

Ang pagsunod sa policy na ito ay magresulta sa pagkakapare-pareho ng mga pangongolekta ng kita ng Ospital habang pinapanatili ang reputasyon kung saan kilala ang Mga Ospital. Ang pagsunod sa policy na ito ay magpapataas din ng kamalayan sa mga pagpipilian sa tulong pinansyal na magagamit ng mga karapat-dapat na pasyente na nangangailangan ng emergency o iba pang kinakailangang pangangalagang medikal, at babalangkasin ang mga pamamaraan kung saan ang mga pasyente ay maaaring mag-apply para sa tulong pinansyal.

Ang pokus nito ay upang mapagbuti ang pakikipag-ugnayan namin sa aming mga pasyente, para madagdagan ang transparency ng presyo, madagdagan ang koleksyon ng cash na pre-service, at magpapabuti sa ugnayang pampasyente/pampubliko sa pamamagitan ng pagbibigay sa aming mga pasyente ng impormasyon na kailangan nila para maunawaan ang presyo ng kanilang pangangalaga. Bilang karagdagan, nagsisikap ang Mga Ospital na madagdagan ang pag-access sa mga serbisyo nito sa pamamagitan ng pagbibigay ng higit pang access sa saklaw sa lahat ng mga miyembro ng komunidad.

HMH Hospitals Corporation:

Ang HMH Hospitals Corporation (Kasama sa mga sentrong medikal ng Mga Ospital ang 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 & Southern Ocean Medical Center) ay nagtaguyod ng misyon para matugunan ang mga medikal na pangangailangan ng komunidad na pinagsisilbihan nito. Ang isang mahusay na financial policy na nakatuon sa makatuwirang mga protokol sa credit and collection, pati na rin ang kumprehensibong mga pagpipilian sa tulong pinansyal, ay mahalaga at pangunahin sa misyon ng Mga Ospital. Ang HMH Hospitals Corporation ay magpapanatili ng isang patakaran ng transparency ng presyo sa pamamagitan ng pagpapalam ng pananagutan sa pananalapi sa mga pasyente nito bago isagawa ang mga serbisyo hindi kasama ang mga serbisyong pang-emergency at trauma. Laging rerespetuhin ng patakaran ang mga pinansiyal na sitwasyon ng mga pasyente nito at pananatilihin ang dignidad ng mga kasangkot, naaayon sa naaangkop na batas sa New Jersey na namamahala sa Charity Care, P.L. 1992, Kabanata 160.

Mangyaring tandaan na alinsunod sa Emergency Medical Treatment & Active Labor Act ng 1986 (EMTALA), ang mga taong may kondisyong medikal na pang-emerhensiya ay susuriin at gagamutin anuman ang kanilang kakayahang magbayad. Ang mga ganitong serbisyo ay hindi maantala, tatanggihan, o kung hindi man kwalipikado para sa anumang kadahilanan, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga katanungan na may kaugnayan sa pagbabayad. Tingnan ang *Administratibong Patakaran 558-1, Paglilipat ng Pasyente at Emergency na Medikal na Paggagamot & Aktibong Batas sa Paggawa (Patient Transfer and Emergency Medical Treatment & Active Labor Act, EMTALA).*

I. Mga Tapatang Pangongolekta – Populasyon ng Pangkalahatang Pasyente

Patakaran:

Para sa layunin ng policy na ito, ang “bahagi ng sariling bayad” para sa mga pasyenteng naka-insure ay tinukoy bilang ang halaga ng utang ng pasyente (at/o tagapaggarantiya) para sa lahat ng mga account na tinukoy ng tagapagbayad. Ang terminong “bahagi ng sariling bayad para sa pasyenteng walang insurance” ay tinukoy bilang aming rate sa Madamaying Pangangalaga (Compassionate Care. Ang terminong “pasilidad” ay tumutukoy sa mga presyo para sa “paggamit ng pasilidad na ito” at hindi mga presyo para sa tanggapan ng doktor o mga bayad sa doktor. Ang terminong “bahagi sa gastos” ay tumutukoy sa halaga ng deductible, coinsurance, o copayment

Sa pangkalahatan, ang pasyente at/o tagapaggarantiya ay magkakaroon ng pananagutang sariling bayad sa ilalim ng mga sumusunod na kalagayan:

- A. Ang pasyente ay walang saklaw sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga serbisyo sa pasilidad.
- B. Ang pasyente ay may saklaw na pangangalagang pangkalusugan para sa mga serbisyo sa pasilidad; pero, ang serbisyo na ibibigay ay hindi sakop ng kanyang saklaw ng pangangalagang pangkalusugan (halimbawa, kosmetikong operasyon).
- C. Ang pasyente ay may saklaw ng pangangalagang pangkalusugan, pero, sa beripikasyon ng saklaw ng pangangalagang pangkalusugan, napatunayan na ang pasyente ay may takdang bayaring halaga ng pagbabahagi ng gastos. Ang halagang ito ay maaaring nasa anyong taunang deductible, angkop na coinsurance, o copayment para sa mga isinagawang serbisyo ng pasilidad.
- D. May multa ang pasyente para sa mga serbisyong nasa-labas-ng-network (mga hindi nakikibahaging Ospital para sa itinakdang network). Ipinatutupad ang multang ito ng mga tagapagbayad kapag ang pasyente ay ginamot ng doktor at/o sa pasilidad na nasa-labas-ng-network. Iba-iba ang multa batay sa saklaw sa ospital ng pasyente. Para madagdagan ang transparency sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng Mga Ospital sa labas-ng-network, ibubunyag sa mga pasyente kung ang pasilidad ay nasa-network o wala-sa-network na may kaugnayan sa plano ng benepisyo sa kalusugan ng pasyente; papayuhan ang mga pasyente na kung ang pasilidad ay nasa-network, ang pasyente ay hindi magkakaroon ng anumang mga gastos mula-sa-bulsa sa labas ng mga karaniwang naaangkop sa isang pamamaraan na nasa-network, maliban kung ang pasyente ay may kabatiran, kusang-loob, at partikular na pumili ng isang provider na wala-sa-network para magbigay ng mga serbisyo; ipapaalam sa mga pasyente na kung ang pasilidad ay wala-sa-network, ang pasyente ay magkakaroon ng pinansiyal na responsibilidad na naaangkop sa mga serbisyong pangangalagang pangkalusugan na ibinigay sa isang pasilidad na wala-sa-network.
- E. Naubos na ng pasyente ang kanyang saklaw sa pangangalagang pangkalusugan para sa kasalukuyang yugto ng benepisyo (taon ng benepisyo, taon sa kalendaryo, at/o mga maximum para sa buong buhay).

Kung ang pasyente/tagapaggarantiya ay may saklaw sa pangangalagang pangkalusugan sa pasilidad, dapat gamitin ang mga sumusunod na gabay para malaman at/o mangolekta ng mga balanse sa sariling bayad:

A. Deductible ng Inpatient ng Medicare - Ang Deductible ng Inpatient ng Medicare para sa 2018 ay \$1,340.00.

B. Coinsurance ng Outpatient ng Medicare

Kung ang pasyente ay hindi saklaw ng isang pangalawahing insurance, dapat kolektahin ang halaga ng coinsurance tulad ng nakalagay sa APC na Iskedyul ng Pagbabayad sa Mga Ospital. Ang tamang halaga ay matatagpuan sa column na “Coinsurance”. Kung ang serbisyong isinagawa ay hindi lumilitaw sa listahan ng APC, sumangguni sa angkop na Iskedyul ng Medikal na Bayad batay sa serbisyong isinagawa (Rehabilitation

Medicine, Mga Mammogram, MICU/AMB, Klinikal na Laboratoryo, Edukasyon sa Diyabetis, atbp.)

Pakisabihan ang benepisyaryo na ito ay tinatayang mula-sa-bulsang gastos. Kung mas malaki bayarin, sisingilin ang pasyente para sa balanse. Kung mas kaunti ito kaysa nakolektang halaga, ibabalik sa pasyente ang labis na halaga.

C. Medicaid

Sa pangkalahatan, walang babayarang mula sa bulsang gastos ang tatanggap/pasyente para sa mga sakop na serbisyo. Batay sa antas ng saklaw ng Medicaid, maaaring may mula-sa-bulsang gastos para sa coinsurance at/o isang hindi-saklaw na serbisyo.

D. Blue Cross at Blue Shield Coverage

Kumpirmahin ang responsibilidad ng pasyente o mula-sa-bulsang gastos/presyo sa pamamagitan ng elektronikong pag-verify (RTE - Real Time Eligibility o website ng tagapagbayad) o sa pagkontak sa Blue Cross. I-verify kung may pananagutan ang pasyente at/o may hindi saklaw na serbisyo. Kunin ang halaga ng bahagi sa gastos at abisuhan ang pasyente. Ang halaga ng copayment ng **Emergency Trauma Center** (“ETC”) ay dapat i-verify sa pamamagitan ng RTE Eligibility Verification o sa pag-access ng website ng tagapagbayad. Kung hindi ma-verify sa pamamagitan ng RTE o ng website ng tagapagbayad, ang halaga ng copayment ay matatagpuan sa card ng pagkakakilanlan ng insurance ng pasyente. Bilang panghuling solusyon, direktang kontakin ang nauukol na tagapagbayad.

E. Mga Tagapagbayad ng Pangangalagang Pinamamahalaan at Pangkomersyal

Kumpirmahin ang responsibilidad ng pasyente o mula-sa-bulsang gastos/presyo sa pamamagitan ng elektronikong pag-verify (RTE o website ng tagapagbayad) o sa pagkontak sa tagapagbayad. I-verify kung may pananagutan ang pasyente at/o may hindi saklaw na serbisyo. Kunin ang halaga ng bahagi sa gastos at abisuhan ang pasyente. Ang halaga ng copayment ng ETC ay dapat i-verify sa pamamagitan ng RTE Eligibility Verification o sa pag-access ng website ng tagapagbayad. Kung hindi ma-verify sa pamamagitan ng RTE o ng website ng Tagapagbayad, ang halaga ng copayment ay matatagpuan sa card ng pagkakakilanlan ng insurance ng pasyente. Bilang panghuling solusyon, direktang kontakin ang nauukol na tagapagbayad.

1. Patiunang Isinaayos na Pag-admit ng Inpatient (Inpatient Elective Admission), Operasyon sa Araw ring Iyon at Mga Outpatient sa nasa Higaan (Mga Naka-schedule na Pagbisita)

- a. **Ang mga pasyente na mayroon o walang insurance ay dapat malinis na sa pinansiyal na paraan:**
 - i. Bago ang o sa petsa ng pagsusuri bago tanggapin; o
 - ii. Hindi lalagpas ng 12:00 ng Tanghali, tatlong (3) araw ng negosyo bago ang pagsusuri

Tinutukoy ng terminong “malinis sa pinansiyal na paraan” sa beripikasyon ng insurance, ang pagkolekta ng lahat ng mula-sa-bulsang gastos para sa lahat ng pasyente at pagkamit ng lahat ng mga kailangang bago mabigyan sertipikasyon, awtorisasyon, at/o mga referral para sa mga pasyenteng may insurance. Para sa mga may insurance, maaaring kasama sa mga gastos na mula-sa-bulsa ang mga halagang deductible, coinsurance, at co-pay, pati na ang lahat ng gastos na hindi kasama sa saklaw (mga hindi saklaw pamamaraan). Para sa mga walang insurance, sasailalim ang mga mula-sa-bulsang gastos sa mga rate ng Compassionate Care ng HMM Hospitals Corporation.

Kung hindi malinis sa pinansiyal na paraan ang pasyente sa loob ng nakatakdang haba ng panahon, ang Aabisuhan ang Direktor o Administrador ng Klinika para sa lugar ng serbisyo at sa kalaunan ay gagawa ng pagpapasya may kinalaman sa pamamaraan/pagsusuri kung ang kundisyon ba ng pasyente ay kinakailangang medikal.

b. Mga pre-admission

Paunang itatala ng HMH Hospitals Corporation ang lahat ng mga piniling serbisyo kapag posible. Ang paraan ng pagbabayad ay dapat tukuyin bago ma-admit ang pasyente, kabilang ang mga bahaging sariling bayad at mga naunang hindi pa bayad na balanse. Magaganap ang mga pagtiyak sa pinansiyal na kakayahan bago ang naka-iskedyul na pagsusuri ng pasyente. Kung kailangan, ang pinansiyal na kasunduan ay seseguruhin bago ang naka-schedule na pagsusuri ng pasyente batay sa mga alternatibo sa pagbabayad na nakabalangkas sa policy na ito simula sa Section II (E).

2. Piniling Sariling Bayad ng Outpatient

Ang mga pasyente, na mayroon o walang insurance ay dapat malinis sa pinansiyal na paraan nang hindi lalagpas sa 12:00 ng Tanghali, tatlong (3) araw ng negosyo bago ang pagsusuri.

Tinutukoy ang terminong “malinis pinansiyal na paraan” sa pag-verify ng insurance, sa pagkolekta ng lahat ng mga mula-sa-bulsang gastos para sa lahat ng pasyente at pagkamit ng lahat ng mga kailangang paunang sertipikasyon, awtorisasyon at/o mga referral para sa mga pasyenteng may insurance. Para sa mga may insurance, maaaring kasama sa mga gastos na mula-sa-bulsa ang mga halaga ng deductible, coinsurance at, co-pay, pati na ang lahat ng gastos na hindi kasama sa saklaw (mga hindi saklaw na pagsusuri). Para sa mga walang insurance, sasailalim ang mga mula-sa-bulsang gastos sa mga rate ng Pangangalaga ng HMH Hospitals Corporation.

Kung hindi ang pasyente ay hindi malilinis sa pinansiyal na paraan sa loob ng nakasaad na haba ng panahon, aabisuhan ang Direktor o Administrador na Pangklinikal tungkol sa lugar ng serbisyo at sa kalaunan ay gagawa ng pagpapasya may kinalaman sa procedure/pagsusuri ng kundisyon ng pasyente.

3. Agarang Pag-admi/Paglipat sa Inpatient/Direktang Pag-admit Ang pag-verify para sa pagiging karapat-dapat sa mga benepisyo ay magaganap sa panahon ng pag-admit sa mga pasyente na na-admit sa HMH Hospitals Corporation bilang agaran, mga paglipat o mga direktang pag-admit.

4. Emergency Trauma Center (ETC)

Patuloy na uuriin ng HMH Hospitals Corporation at gagamutin ang medikal na kundisyon ng pasyente bago tatalakayin ang anumang kaayusan sa pinansiyal na pagbabayad. Hindi tatanggihan ng HMH Hospitals Corporation ang serbisyo sa ETC. Matapos ma-verify na nasuri na ang pasyente, nabigyan na ng lunas at naibigay ng doktor ng pasyente ang pag-apruba, ang pasyente ay lalapitan at kukunin ang mula-sa-bulsa na responsibilidad ng pasyente.

Sisingilin ng HMH Hospitals Corporation ang lahat ng saklaw sa pangangalagang pangkalusugan kabilang ang Medicare, Medicaid at mga ikatlong partidong tagapagbayad, matapos ang pag-verify ng pagiging karapat-dapat.

5. Mga Kasunduan sa Pinamamahalaang Pangangalaga –Mga Pasyenteng may Insurance Ang HMH Hospitals Corporation ay may mga partikular na kasunduan sa pinamamahalaang pangangalaga. Ang responsibilidad ng pasyente ay aalamin ng ikatlong partidong tagapagbayad. Ang halagang dolyar ay kakalkulahin gamit ang kinontratang rate na pinagkasunduan sa tagapagbayad.

Mangyaring sumangguni sa Apendise A ng policy na ito para sa Patient Collections Timeline ng Ospital para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng pagkolekta at pagsunod sa Internal Revenue Code §501(r)(6).

II. Financial Assistance Policy

Para sa mga kasong nagsasangkot ng paggamot ng mga kuwalipikadong bata o mga pasyente ng Medicaid, mangyaring sumangguni sa *Administrative Policy 1846, Financial Assistance Policy (Charity Care/Kid*

Care/Medicaid).

Pakitandaan na hindi lahat ng serbisyong inilaan sa loob ng mga pasilidad ng Mga Ospital ay sinasakop sa ilalim ng policy na ito. Mangyaring sumangguni sa Apendise B para sa listahan ng mga provider ayon sa departamento na nagbibigay ng mga serbisyong emergency o iba pang kinakailangang medikal na pangangalagang pangkalusugan sa loob ng pasilidad ng ospital. Tinutukoy ng Apendiseng ito kung sino ang mga provider ang sakop sa ilalim ng policy na ito at kung sino ang hindi. Rerepasuhin tuwing ikatatlong buwan ang listahan ng provider at ia-update, kung kailangan.

A. Patakaran sa Pagbibigay ng Diskuwentong Compassionate Care ng Mga Ospital Kapag ang diskuwento sa Compassionate Care ay ginamit sa isang account, ang kabuuang halagang babayaran ay batay sa rate ng Compassionate Care na Sariling Bayad ng Inpatient at Outpatient para sa mga isinagawang serbisyo. Ang mga rate ng Inpatient Compassionate Care ay ang mga rate ng Medicare DRG para sa kasalukuyang taon. Ang rate ng Outpatient Compassionate Care ay batay Rate ng Medicare APC na dinoble o ang Medicare Fee Schedule Rate na dinoble depende sa isinagawang serbisyo.*** Ito ang mga pinal na rate. **Wala nang iba pang diskuwento ang ilalapat sa mga rate na ito, subalit, walang indibiduwal na karapat-dapat sa FAP ang sisingilin ng mahigit sa Mga Halagang Karaniwang Sinisingil (Amounts Generally Billed (“AGB”)) (bibigyang kahulugan mamaya).**

B. New Jersey State 15 Patakaran sa Pagbibigay ng diskuwento

Simula sa 2/4/09, ang mga pasyenteng walang insurance na ang kita ng pamilya na nasa pagitan ng 300% at 500% ng Federal Poverty Guidelines ay sasalain gamit ang aming kasalukuyang proseso sa Pagkawang-gawang Pagsasala (Charity Care Screening). Kapag kuwalipikado na, rerebisahin ang pangunahing tahapagbayad at gagawing “Q76” – “New Jersey State 15 Care”. Ang mga rate sa Inpatient New Jersey State 15 Care ay ang mga rate ng Medicare DRG para sa kasalukuyang taon. Ang rate sa Outpatient na New Jersey State 15 Care ay batay sa Medicare APC Rate na 115% o ang Medicare Fee Schedule Rate na 115% depende sa isinagawang serbisyo.

Ang Sariling Bayad pagkatapos magbayad ng mga balanse ang Insurance (mga deductible, coinsurance, at copay) ay hindi ididiskuwento, maliban kung kuwalipikado ang pasyente sa ilalim ng policy na ito.

C. Kalkulasyon ng Mga Halagang Karaniwang Sinisingil (Amounts Generally Billed (“AGB”)) para sa Pang-emergency o Ibang Pang Medikal na Kailangang Pangangalaga

Ayon sa Internal Revenue Code §501(r)(5), sa kaso ng emergency o iba pang medikal na kailangang pangangalaga, ang mga pasyenteng karapat-dapat sa tulong pinansiyal sa ilalim ng Policy na ito ay hindi sisingilin ng mas malaki kaysa sa indibidwal na may insurance na sumasaklaw sa nasabing pangangalaga.

Ang isang indibidwal ay maituturing na karapat-dapat sa tulong pinansiyal na kailangan ng emergency o ibang medikal na kailangang pangangalaga at sisingilin ng **mas mababa sa:**

1. Ang halaga ayon sa kinalkula sa bawat mga seksiyong (II)(A)-(B) sa itaas; o
2. AGB.

Kinalkula ang Hackensack University Medical Center at Palisades Medical Center AGB gamit ang look-back Medicare na bayad para sa serbisyo at ang pribadong mga tagaseguro ng kalusugan. Ang paglalarawan ng mga sumusunod na porsiyento at paraan ng kalkulasyon ay makukuha sa pamamagitan ng paghiling sa sulat nang libre. Ang kasalukuyang mga porsiyento ng AGB ay ang sumusunod:

1. Inpatient: 26%
2. Outpatient: 32%
3. Outpatient ER: 22%

Ang Jersey Shore University Medical Center, Ocean Medical Center, Riverview Medical Center, Southern

Ocean Medical Center, Bayshore Medical Center, at Raritan Bay Medical Center AGB ay kinalkula gamit ang paraang prospective payment at katumbas ng Medicare Fee para sa rate ng Serbisyo.

D. Mga Uri ng Pagbayad

Tinatanggap ng Mga Ospital ang mga sumusunod na uri ng pagbayad:

1. Cash
2. Money Order
3. Piling Credit Card- Visa, MasterCard, American Express, Discover
4. Mga Debit Card na may Logo ng Visa o MasterCard
5. Tseke ng Bangko
6. Mga Personal na Tseke
7. Wire transfer

E. Plano ng Pinansiyal na Kasunduan ng Mga Ospital Ang mga pinansiyal na kasunduan ay maaaring itatag kapag hiniling. Kukuha ng maliit na deposito at ang balanse pagkatapos ay puwede nang patungan sa walang interes na planong hulugan.

F. Mga Pinansiyal na Kasunduan para sa mga Account na may Natitira pang Balanse Lahat ng mga kasunduan ay sisimulan gamit ang form ng Pagbabayad sa Pinansiyal na Kasunduan. Lahat ng mga nakumpletong form ay ipamamahagi ayon sa sumusunod:

-Ang isang kopya ay mapupunta sa pasyente kapag hiniling. (Outpatient Financial Agreement, English) (Outpatient Financial Agreement, Spanish) at (Inpatient Financial Agreement, English) (Inpatient Financial Agreement, Spanish o Korean)

Rerepasuhin ang kabuuan ng pinansiyal na kasunduan ng pasyente/tagapaggarantiya. Ang sumusunod na seksiyon ay lilitaw sa kasunduan:

“Kinikilala ko na kung hindi ko matutuguna ang mga obligasyon ko ayon sa kahulugan sa plano ng pagbabayad, ipapadala ng HMM Hospitals Corporation ang aking account sa mga collection. Kinikilala ko rin na kung ang kasunduang ito ay hindi nasunod, ang anumang mga may diskuwentong rate na pinagkasunduan ay babalik sa mga singil na walang diskuwento” at, “Lahat ng mga singilin sa oras ng pagpaparehistro ay tinataya at batay sa plano ng paggamot ng doktor at puwedeng magbago. Pakitandaan na walang indibidwal na karapat-dapat sa FAP ang sisingilin ng mas malaki sa AGB”

G. Mga Programang Pinansiyal na Tulong - New Jersey Medicaid o Kawanggawang Pangangalaga

Lahat ng mga pasyenteng hindi makabayad ng mga rate ng Compassionate Care ng Mga Ospital ay una munang isasangguni sa isang Tagapayong Pampinansyal (Financial Counselor). Kung ang hindi malinis sa pinansiyal na paraan ng Financial Counselor ang pasyente, isasangguni ang pasyente sa Financial Assistance Unit. Aalamin ng unit na ito kung kuwalipikado ang pasyente para sa isa sa mga programang tumutulong para maging karapat-dapat (entitlement program).

H. Patakaran sa Mga Internasyonal na Pasyente (Mga Banyagang Pasyente):

Kahulugan ng Internasyonal na Pasyente ng Mga Ospital:

Mga pasyente na kasalukuyang naninirahan sa ibang bansa at naglalakbay sa U.S. upang makatanggap ng paggamot sa HMM Hospitals Corporation para sa mga espesipikong serbisyo. Ang mga serbisyong ito ay patiunang isinaayos, at HINDI sumasailalim sa mga probisyon ng Tulong Pinansiyal na itinakda sa policy na ito

Ang lahat ng internasyonal na pasyente na patiunang isinaayos ang pagdating sa Mga Ospital mula sa mga ibang bansa para makatanggap ng mga patiunang isinaayos na medikal na paggamot ay makatanggap ng isang aprubadong reimbursement rate para sa mga serbisyo, kasama na, ngunit hindi limitado sa:

- Cardiology
- Mga Programang Organ Transplant

- Oncology
- Orthopedics
- Mga Pagsusuring Urology

Ang mga pasyenteng ito ay patiuang naiiskedyul para sa mga pagpapatinging ito, kung saan gagawin ang mga kaayusan sa oras para sa pag-wire transfer ng mga pondo (kabilang ang wire transfer na # ng telepono) para masakop ang paggamot. Ang pag-wire transfer ng mga pondo ay dapat gawin limang (5) araw ng negosyo bago ang pagbisita ng pasyente sa Mga Ospital. Ang anumang bahagi ng paunang pagbabayad na hindi nagamit ay ire-refund.

III. Pag-apply para sa Tulong Pinansiyal

a. Mga Available na Wika

Ang FAP ng Medical Center, Aplikasyon at Plain Language Summary (“PLS”) ay makukuha sa Ingles at sa pangunahing wika ng mga populasyon na may limitadong katatasan sa Ingles (“LEP”) na bumubuo ng mas maliit sa 1,000 indibiduwal o 5% ng pangunahing lugar na siniserbisyuhan ng Mga Ospital. Makukuha ang mga dokumentong ito sa website ng Mga Ospital at libre ito kapag hiniling.

b. Tingnan at I-print ang impormasyon sa Website ng Mga Ospital

Website: Matitingnan ng indibiduwal ang impormasyon tungkol sa tulong pinansiyal online sa website na: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

c. Aplikasyon

Puwedeng mag-apply ang indibiduwal sa tulong pinansiyal sa pamamagitan ng pagpuno sa nakaimprentang kopya ng aplikasyon. Makukuha nang libre ang naka-print na aplikasyon gamit ang alinman sa mga sumusunod na pamamaraan:

a) Sa Pamamagitan ng Koreo: Sa pagsulat sa sumusunod na address at paghiling ng nakaimprentang kopya ng aplikasyon para sa pinansiyal na tulong:

- 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) Harapan: Sa pagpunta sa Financial Assistance Department nang harapan (Lunes hanggang Biyernes, 8:00AM-4:00 PM), nasa sumusunod na address:

- 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) Gamit ang Telepono: Makokontak ang Financial Assistance Department sa (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC, o (732) 902-7080 sa lahat ng mga iba pang lokasyon

d. Yugto ng Aplikasyon:

Ang isang indibidwal ay may dalawang taon mula sa petsa kung kailan nabigyan sila ng post-discharge billing statement para makapag-applay sa tulong pinansyal. Hindi isinasalang-alang ang mga hindi kumpletong aplikasyon, ngunit ang mga aplikante ay aabisuhan at bibigyan ng isang pagkakataon na magbigay ng nawawalang dokumentasyon/impormasyon.

e. Mga Nakumpletong Aplikasyon:

Mangyaring ipadala ang lahat ng nakumpletong aplikasyon sa Financial Assistance Department (tingnan ang address sa itaas, na nakalista din sa mga billing statement). Tanging ang nilaang data ng aplikante ang gagamitin sa pag-apruba ng tulong pinansiyal.

APENDISE A: Timeline ng Koleksyon sa Pasyente ng HMH Hospitals Corporation - Para sa mga Serbisyo sa Inpatient at Outpatient

Ang Mga Ospital ay nagbibigay ng mga billing statement para sa mga isinagawang serbisyo pagkatapos maproseso ng insurance ang hinihingi (claim). Mga balanse pagkatapos magbayad ang insurance, kabilang ang mga sumusunod:

1. Sariling Bayad (pasyenteng walang insurance)
2. Sariling Bayad pagkatapos ng pagbabayad ng Insurance (natugunan na ng insurance ang responsibilidad nila, ang natitirang balanse ay responsibilidad ng pasyente)
3. Kawanggawang Pangangalaga ng Mga Ospital (madamaying pangangalaga – mga may diskuwentong singil)
4. Sariling Bayad pagkatapos magbayad ang Medicare (responsibilidad ng pasyente ayon sa kahulugan ng Medicare).

Para sa mga pasyente na walang insurance, magpapadala ng isang statement humigit-kumulang apat na araw pagkalabas sa ospital o pagkatapos ng petsa ng serbisyo.

Siklo ng Statement para sa Hindi Medicare – Ang kabuuang siklo ng billing ay 62 araw bago ipadala sa koleksyon ang balanse. Padadalhan ang mga pasyente ng bill pagkatapos mabayaran ng insurance ang kanilang bahagi. Ang buong bayad ay dapat matanggap bago ang nakatakandang petsa na nakasaad sa statement. Kung ang kabuuang nakaraang nakatakda ay hindi natanggap ng takdang petsa, ang pasyente ay patuloy na makakatanggap ng sunod-sunod na mga statement (hanggang sa tatlong beses sa kabuuan). Kung hindi natanggap ang bayad, isang panghuling sulat ng paunang koleksyon ang ipapadala sa pasyente na humihiling ng bayaran ito sa loob ng sampung araw. Kung hindi pa rin natanggap ang bayad, ang account ay dadalhin sa ahensiya ng koleksyon.

Statement Cycle ng Medicare – Ang kabuuang billing cycle ay 120 araw bago ipadala sa koleksyon ang balanse. Padadalhan ng bill ang mga pasyente matapos magbayad ang Medicare at anumang mga pangalawahing insurance. Ang buong bayad ay dapat matanggap bago ang nakatakandang petsa na nakasaad sa statement. Kung ang kabuuang bayarin na lampas na sa takdang petsa ay hindi natanggap sa takdang petsa, ang pasyente ay patuloy na makakatanggap ng sunod-sunod na mga statement (hanggang sa apat beses sa kabuuan). Kung hindi natanggap ang bayad, isang panghuling sulat ng paunang koleksyon ang ipapadala sa pasyente na humihiling ng bayaran ito sa loob ng sampung araw. Kung hindi pa rin natanggap ang bayad, ang account ay dadalhin sa ahensiya ng koleksyon. Anumang oras sa loob ng yugtong 120 araw kung kailan nagbayad ng parsyal, bibigyan ng karagdagang 120 araw bago ipadala sa koleksyon ang balanse.

Ang susunod ay address para sa mga pagbabayad ng pasyente:

- 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

Ang mga pasyenteng may mga tanong tungkol sa kanilang balanse ay puwedeng tumawag sa Customer Service sa (551) 996-3355 HUMC, (201) 854-5092 PMC o (732) 776-4380 lahat ng iba pang lokasyon.

Kabilang sa Mga Ekstraordinaryong Aksyon ng Koleksyon ang, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod: paglalagay ng mga prenda sa pag-aari ng isang indibidwal, pag-ilit sa pag-aari ng isang tao, pag-agaw o pag-lakip sa account sa bangko ng isang tao o anumang iba pang personal na pag-aari, pagpapasimula ng aksyong sibil laban sa isang indibidwal, na sanhi ang pag-aresto ng indibidwal, at pagkuha ng sahod ng isang indibidwal. Ang mga Ekstraordinaryong Aksyon ng Koleksyon ay inuugita ng mga sumusunod na yugto ng panahon at magsisimula lamang pagkatapos magawa ang makatuwirang pagsisikap na matukoy kung karapat-dapat ang pasyente sa FAP.

1. Yugto ng abiso: Dapat abisuhan ng Mga Ospital ang indibidwal tungkol sa Koleksyon, Pagbabayad, at Financial Assistance Policy bago simulan ang anumang ekstraordinaryong aksyon ng koleksyon upang makakuha ng pagbabayad at umiwas mula sa pagsisimula ng ekstraordinaryong aksyon ng koleksyon nang hindi bababa sa 120 araw mula sa petsa ng pasyente na ibinigay ang unang post-discharge billing statement para sa pangangalaga.

2. Yugto ng Aplikasyon: Ang isang indibidwal ay may dalawang taon mula sa petsa na binigyan sila ng unang post-discharge billing statement na makapagsumite ng aplikasyon. Anumang oras sa loob ng yugto ng aplikasyon na maisumite ang aplikasyon, sususpindihin ang aga ECA.

3. Oras ng paghihintay para sa ekstraordinaryong aksyon ng koleksyon: Dapat bigyan ng Mga Ospital ang pasyente ng pinakamaikling tatlung (30) araw na abiso bago gumawa ng anumang ekstraordinaryong aksyon ng koleksiyon.

APENIDISE B: Mga Provider ayon sa Departamento na Nagbibigay ng Emergency o iba pang Kinakailangang Medikal na Pangangalagang Pangkalusugan sa loob ng Mga Pasilidad ng Ospital

HUMC

Departamento/Entity/Pangkat	Sakop ng Financial Assistance Policy
	In-update 12/31/2018
Anesthesiology	Hindi
The Cancer Center	Hindi
Dentistry	Hindi
Emergency Medicine	Hindi
Family Medicine	Hindi
Internal Medicine	Hindi
Neurosurgery	Hindi
Obstetrics at Gynecology	Hindi
Ophthalmology	Hindi
Orthopedic Surgery	Hindi
Otolaryngology	Hindi
Pathology	Hindi
Pediatrics	Hindi
Plastic & Reconstructive Surgery	Hindi
Podiatry	Hindi
Psychiatry at Behavioral Medicine	Hindi
Radiation Oncology	Hindi
Radiology	Hindi
Rehabilitation Medicine	Hindi
Surgery	Hindi
Urology	Hindi
Hospitalists	Hindi
Mga Serbisyo ng Laboratoryo	Hindi

Departamento/Entity/Pangkat	Sakop ng Financial Assistance Policy					
	In-update 12/31/2018					
	JSUMC	OMC	RMC	SOMC	BMC	RBMC
Anesthesiology	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo
Dentistry	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Emergency Medicine	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo
Family Practice	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Medicine	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Obstetrics at Gynecology	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Ophthalmology	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Orthopedics	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Pathology	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo
Pediatrics	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Psychiatry	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Radiation Oncology	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi
Radiology	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo	Oo
Surgery	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi	Hindi

Palisades Medical Center In-update 12/31/2018

Departamento/Entity/Pangkat	Sakop ng Financial Assistance Policy
Anesthesiology	Hindi
Emergency Medicine	Hindi
Pathology	Hindi
Radiology	Hindi
Mga Ospitalista	Hindi
Mga Intensibista	Hindi
Cardiology	Hindi

“Hindi” - Hindi sumusunod ang mga miyembro ng departamentong ito sa mga kasanayan ng Mga Ospital sa Financial Assistance Policy. Mangyaring makipag-ugnayan kanilang mga opisina para sa kumpirmasyon ng partisipasyon nila. Ang mga miyembro ng Meridian Medical Group ay nakikibahagi sa FAP ng Mga Ospital at mga miyembro sila ng departments of Medicine, Oncology, Surgery, Obstetrics & Gynecology at Pediatrics.

Tingnan ang impormasyon ng provider sa Website ng Mga Ospital

A. Website: Puwedeng tingnan ng indibiduwal ang impormasyon tungkol sa tulong pinansiyal online sa sumusunod na website: <https://www.hackensackmeridianhealth.org/>

B. Listahan ng Provider puwedeng makakuha ang indibidwal ng isang nakaimprentang kopya ng listahan ng provider sa alinman sa mga sumusunod na pamamaraan:

a) Sa Pamamagitan ng Koreo: Sa pagsulat sa sumusunod na address at paghiling ng nakaimprentang kopya:

- 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) Harapan: Sa pagpunta sa Financial Assistance Department nang harapan (Lunes hanggang Biyernes, 8:00AM-4:00 PM), nasa sumusunod na address:

- 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) Gamit ang Telepono: Makokontak ang Financial Assistance Department sa (551) 996-4343 HUMC, (201) 854-5092 PMC, o (732) 902-7080 sa lahat ng mga ibang pasilidad