

---

<b>Categoria:</b>	<b>Financeiro</b>
<b>Título:</b>	<b>Política de assistência financeira e Política de faturamento/cobrança</b>
<b>Aplicação:</b>	<b>Jefferson Cherry Hill Hospital, Jefferson Stratford Hospital e Jefferson Washington Township Hospital</b>
<b>Data efetiva:</b>	<b>1 de janeiro de 2016</b>

---

### **Política de assistência financeira**

#### **I. FINALIDADE:**

O Jefferson Health New Jersey (anteriormente conhecido como Kennedy Health) é um sistema integrado de fornecimento de serviços de saúde que oferece uma gama completa de serviços de saúde, abrangendo desde hospitais de atendimento a pacientes agudos até programas de bem-estar e atendimento ambulatorial. Sendo um prestador de serviços de saúde que dispõe de várias unidades de atendimento, o Jefferson Health New Jersey atende moradores dos condados de Camden, Burlington e Gloucester.

O Jefferson Health New Jersey ("JHNJ") conta com três unidades hospitalares; (1) Jefferson Cherry Hill Hospital, (2) Jefferson Stratford Hospital e (3) Jefferson Washington Township Hospital.

Esta Política de assistência financeira ("FAP") descreve as políticas, práticas e procedimentos de assistência financeira hospitalar da JHNJ. Esta política inclui todas as informações necessárias em conformidade com o IRC (Internal Revenue Code - Código de Receita Interna), Seção §501(r), bem como as leis federais, estaduais e locais aplicáveis.

#### **II. POLÍTICA:**

Esta FAP descreve as políticas e práticas de assistência financeira do JHNJ. De acordo com esta FAP, o JHNJ tem o compromisso de fornecer assistência financeira a indivíduos com necessidade de receber atendimento à saúde que não têm seguro de saúde ou são subsegurados, que não se qualificam para receber outros auxílios governamentais ou que, de alguma forma, não podem pagar por serviços de atendimento à saúde emergenciais ou necessários por causa de sua situação financeira individual.

O JHNJ fornecerá, sem discriminação, atendimento em situações médicas emergenciais para indivíduos independentemente de sua qualificação para receber assistência financeira e de sua capacidade de pagar pelo atendimento. É política do JHNJ atender aos padrões definidos pela Lei Federal de Tratamento Médico Emergencial e Transporte em Trabalho de Parto (Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Transport Act, "EMTALA") de 1986 e à regulamentação da EMTALA no que se refere a fornecer exames de triagem médica e o tratamento adicional que for necessário para estabilizar uma situação médica emergencial para qualquer indivíduo que se dirigir ao setor de emergência em busca de tratamento. O JHNJ não tomará atitudes de forma a desencorajar indivíduos que buscam atendimento médico emergencial, tais como exigir que pacientes de setores de atendimento emergencial paguem antes de receber tratamento para condições de

emergência ou permitir atividades de cobrança de dívidas no setor de emergência ou em outros setores em que tais atividades podem interferir no fornecimento de atendimento emergencial de forma não discriminatória.

A assistência financeira está disponível apenas para serviços de atendimento emergencial ou para outros serviços de atendimento em que há necessidade médica. Além disso, nem todos os serviços fornecidos dentro das instalações hospitalares do JHNJ são fornecidos por funcionários do JHNJ e, portanto, podem não estar cobertos por esta FAP. Consulte no Anexo A a lista de prestadores de serviços de atendimento emergencial e outros serviços de atendimento necessários dentro das instalações hospitalares do JHNJ. O anexo especifica quais fornecedores são cobertos por esta FAP e quais não são. A lista de fornecedores será revisada trimestralmente e atualizada se necessário.

### III. **DEFINIÇÕES:**

Para fins desta FAP, os termos abaixo são definidos da seguinte forma:

*Valores Normalmente Praticados ("AGB"):* Em referência à Seção 501(r)(5) do Código de Receita Interna, em caso de atendimento emergencial ou de outro atendimento necessário, não serão cobrados de pacientes qualificados para a FAP valores superiores àqueles pagos por pacientes com seguro que cobre tal atendimento.

*Percentual do AGB:* Um percentual do valor bruto cobrado que um hospital usa para determinar o AGB de qualquer atendimento emergencial ou outro atendimento necessário fornecido a um individual qualificado para receber assistência de acordo com esta FAP.

*Período de solicitação:* O período no qual o indivíduo pode solicitar assistência financeira. Para satisfazer os critérios descritos no IRC §501(r)(6), o JHNJ disponibiliza aos indivíduos até um (1) ano a partir da data em que o indivíduo recebe o primeiro demonstrativo de cobrança pós-alta para solicitar assistência financeira.

*Critérios de qualificação:* Os critérios definidos nesta FAP (e com suporte do procedimento) usados para determinar se um paciente se qualifica para receber assistência financeira.

*Condições médicas emergenciais:* Definidas de acordo com o significado da seção 1867 da Lei de seguridade social (42 U.S.C. 1395dd).

*Ação Extraordinária de Cobrança ("ECAs"):* Todos os processos jurídicos ou judiciais, incluindo, entre outros, retenção de salários, penhora de propriedades e denúncia a agências de crédito. ECAs incluem a venda da dívida de um indivíduo a outra parte, processos judiciais, penhora de residências, prisão, ordens de prisão ou outros processos de cobrança semelhantes.

*Assistência financeira:* Auxílio oficial fornecido a uma pessoa ou organização na forma de dinheiro, empréstimos, redução de impostos etc. De acordo com esta FAP, a assistência financeira fornece ao paciente atendimento médico emergencial ou outros atendimentos necessários gratuitamente ou com desconto se o paciente atender aos critérios estabelecidos e for considerado qualificado.

*Família:* Usando a definição do escritório do censo dos EUA, um grupo de duas ou mais pessoas que moram juntas e que têm relação familiar por nascimento, casamento ou adoção. De acordo com as regras do serviço de receita interna dos EUA, se o paciente

declarar alguém como dependente na declaração do imposto de renda, essa pessoa poderá ser considerada dependente para fins de fornecimento de assistência financeira.

*Receita bruta familiar:* A renda bruta familiar é determinada usando a definição do escritório do censo, que usa a seguinte renda ao calcular as diretrizes para definição de pobreza:

- Receita recebida, seguro-desemprego, indenização por acidente de trabalho, Seguridade social, Renda de segurança suplementar, assistência governamental, pagamentos para veteranos de guerra, benefícios para sobreviventes de desastres, receita proveniente de pensão ou aposentadoria, juros, dividendos, aluguel, royalties, receita proveniente de ativos, fundos, auxílio educacional, pensão, pensão alimentícia, auxílio de pessoas que não moram na casa da família e de outros recursos diversos;
- Benefícios que não são fornecidos em forma de dinheiro, como vale-alimentação e subsídios para moradia, não são contabilizados;
- Determinado antes do pagamento de impostos;
- Exclui perdas ou ganhos de capital; e
- Se a pessoa mora com a família, inclui a renda de todos os membros da família.

*Qualificado para a FAP:* Indivíduos que se qualificam para receber assistência financeira integral ou parcial de acordo com esta política.

*Nível Federal de Pobreza ("FPL"):* Uma medida do nível de receita publicada anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Os níveis federais de pobreza são usados para determinar a qualificação para receber assistência financeira.

*Valor cobrado bruto:* O preço estabelecido total do atendimento médico que é cobrado de forma regular e uniforme dos pacientes antes da aplicação de descontos, deduções ou concessões contratuais.

*Serviços médicos necessários:* Serviços de atendimento médico que um médico, exercendo julgamento clínico prudente, forneceria a um paciente com a finalidade de avaliar, diagnosticar ou tratar uma doença, lesão, enfermidade ou seus sintomas, e que: (a) estejam de acordo com os padrões geralmente aceitos de prática médica; (b) sejam adequados clinicamente; e (c) não sejam fornecidos primariamente para conveniência do paciente.

*Período de notificação:* Período de 120 dias, que começa na data do primeiro demonstrativo de cobrança pós-alta, em que nenhuma atividade de ECA pode ser iniciada contra o paciente.

*Resumo em Linguagem Simples ("PLS"):* Uma declaração por escrito que notifica um indivíduo de que o JHNJ oferece assistência financeira de acordo com esta FAP e fornece informações adicionais de forma clara, concisa e de fácil compreensão.

*Subsegurado:* O paciente tem algum tipo de seguro ou assistência de terceiros, mas ainda precisa pagar despesas que excedem sua capacidade financeira.

*Paciente não segurado:* O paciente não tem nenhum tipo de seguro ou assistência de terceiros para cumprir suas obrigações de pagamento.

#### IV. CRITÉRIOS DE QUALIFICAÇÃO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA:

O JHNJ oferece diversos programas de assistência financeira para auxiliar pacientes não segurados ou subsegurados. Os programas de assistência financeira incluídos abaixo fornecem serviços de atendimento emergencial ou outros serviços de atendimento médico necessários para indivíduos que atendem aos critérios estabelecidos e são considerados qualificados.

##### **Programa de assistência para pagamento por atendimento hospitalar de Nova Jersey** **("Charity Care")**

O Charity Care é um programa de Nova Jersey no qual atendimento gratuito ou com desconto é fornecido a pacientes que recebem serviços de atendimento ambulatorial ou de internação em hospitais de cuidados agudos no estado de Nova Jersey. A assistência hospitalar e o atendimento com custo reduzido estão disponíveis somente para atendimento emergencial e outros atendimentos médicos necessários.

Pacientes que se qualificam para o Charity Care são moradores de Nova Jersey que:

- 1) Não têm cobertura de seguro de saúde ou têm cobertura que paga somente parte do valor cobrado (não segurados ou subsegurados);
- 2) Não se qualificam para ter cobertura particular ou governamental (como Medicaid); e
- 3) Atendem aos critérios de receita e propriedade de ativos descritos a seguir.

##### Crítérios de qualificação de renda

Pacientes com renda bruta familiar inferior ou igual a 200% do Nível de Pobreza Federal ("FPL") se qualificam para cobertura de 100% do Charity Care.

Pacientes com renda bruta familiar superior a 200%, mas inferior ou igual a 300% do FPL, se qualificam para receber atendimento com desconto.

##### Crítérios de propriedade de ativos

O Charity Care inclui limites para qualificação segundo a propriedade de ativos que afirmam que os ativos individuais não podem ultrapassar US\$ 7.500 e os ativos da família não podem ultrapassar US\$ 15.000 na data do atendimento.

##### Crítérios de residência

O Charity Care pode ser disponibilizado para pessoas que não residem em Nova Jersey e que precisam de atendimento médico imediato para uma condição médica emergencial.

As diretrizes de qualificação do Charity Care são definidos pelo estado de Nova Jersey e informações adicionais podem ser encontradas no site a seguir:

[http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare\\_factsheet\\_en.pdf](http://www.state.nj.us/health/charitycare/documents/charitycare_factsheet_en.pdf).

**Lei de descontos para não segurados de Nova Jersey 2008, C. 60 (“Desconto para não segurados”)**

O desconto para não segurados de Nova Jersey (lei de NJ - projeto S-1797/A-2609) está disponível para pacientes não segurados cuja renda bruta familiar é inferior a 500% do FPG. Indivíduos qualificados devem ser moradores de Nova Jersey. Entretanto, o JHNJ optou por aplicar este desconto a todos os pacientes não segurados, independentemente de seu nível de renda ou local de residência. O JHNJ oferece descontos para todos os indivíduos não segurados. Segundo este programa, pode ser cobrado de um paciente qualificado um valor de no máximo 115% das tarifas definidas pelo Medicare. Os limites de cobrança para não segurados são definidos de acordo com o NJ P.L.2008 c60.

**V. Solicitação de assistência financeira**

Consultores financeiros do JHNJ (“Consultores Financeiros”) estão disponíveis no local em cada hospital para auxiliar pacientes que desejam solicitar assistência financeira ou definir acordos de pagamento. Os Consultores Financeiros trabalharão com os pacientes para garantir que o paciente tenha compreensão total de todos os processos e programas de assistência financeira federais, estaduais e do hospital. Os Consultores Financeiros auxiliarão na solicitação para participação de diferentes programas governamentais e informação como prosseguir no processo.

Se sua família não se qualificar para nenhum tipo de programa governamental, nossos Consultores Financeiros examinarão seu status financeiro para definir se você atende aos critérios de qualificação para o Charity Care ou o desconto para não segurados.

*Processo de solicitação:*

Pacientes que acreditam que se qualificam para receber assistência financeira devem preencher uma Solicitação de assistência financeira (“Solicitação”). Consultores Financeiros estão disponíveis para ajudar os pacientes com suas Solicitações. As Solicitações podem ser preenchidas pessoalmente com um Consultor Financeiro ou podem ser preenchidas individualmente e enviadas a um Consultor Financeiro para revisão e processamento.

Se o paciente quiser preencher a Solicitação com um Consultor Financeiro, ele poderá telefonar para marcar uma visita. Ele também pode ir até o escritório de internação principal de cada local para solicitar informações.

Os Consultores Financeiros informarão o paciente de todos os requisitos e critérios aplicáveis para avaliar a qualificação. Depois disso, os pacientes precisarão fornecer informações pessoais, financeiras e outras informações diversas com a documentação de suporte relevante para determinar a necessidade financeira.

*Onde obter uma Solicitação:*

Os pacientes que desejarem solicitar assistência financeira oferecida de acordo com esta FAP poderão obter a Solicitação em nosso site:

<https://www.kennedyhealth.org/patients/preparing-your-visit/financial-assistance>

É possível pedir Solicitações telefonando para:

Jefferson Cherry Hill Hospital — (856) 922-5115

Jefferson Stratford Hospital — (856) 346-7810  
Jefferson Washington Township Hospital — (856) 582-2638

Solicitações também estão disponíveis no local em todos os hospitais abaixo. Além disso, Solicitações preenchidas podem ser enviadas para:

Jefferson Cherry Hill Hospital Attn: Admissions 2211 Chapel Ave West Cherry Hill, NJ 08002	Jefferson Stratford Hospital Attn: Admissions 18 East Laurel Road Stratford, NJ 08084	Jefferson Washington Township Hospital Attn: Admissions 435 Hurffville-Cross Keys Road Turnersville, NJ 08012
---	--	--

Consultores Financeiros estão disponíveis no local para auxiliá-lo de segunda a sexta-feira das 8h00 às 16h30.

As decisões sobre a assistência financeira deverão ser tomadas assim que possível, em no máximo dez (10) dias úteis após a data da solicitação. Se não for fornecida documentação suficiente, a solicitação será considerada incompleta.

*Documentação necessária:*

As seguintes informações são necessárias para você, seu cônjuge e para filhos com até 21 anos:

- Declaração de imposto de renda mais recente (1040);
- Documento de identificação pessoal, ou seja, carteira de motorista, cartão do Seguro Social, certidão de nascimento ou passaporte atual;
- Comprovante de residência, ou seja, conta de água/energia, conta de telefone ou contrato de aluguel incluindo a data em que os serviços foram fornecidos;
- Demonstrativos de conta corrente, poupança, CD, IRA, 401K, seguro de vida, ações e/ou títulos, incluindo a data em que os serviços foram fornecidos;
- Documentação de renda referente aos três meses imediatamente anteriores à data em que os serviços serão/foram prestados. Podemos aceitar holerites de até 4 semanas ou uma carta de seu empregador em papel timbrado declarando seu pagamento bruto para cada uma dessas semanas, individualmente;
- Se você for autônomo, precisaremos de uma declaração de perdas e ganhos feita e assinada por um contador referente aos 3 meses imediatamente anteriores à data do serviço. A declaração de imposto de renda e uma conta jurídica também são obrigatórios;
- Se você tiver uma sociedade ou empresa, precisaremos de uma carta do contador informando o salário obtido semanalmente. A declaração de imposto de renda e uma conta jurídica também são obrigatórios;
- Se você está recebendo auxílio-desemprego, forneça a carta de qualificação e os comprovantes de pagamento do auxílio dos três meses anteriores à data do serviço, ou um demonstrativo semanal computadorizado;
- Se você recebe Seguro Social, precisamos de sua carta de "prêmio" referente ao ano em que os serviços foram fornecidos;
- Se você recebe uma pensão, forneça os contracheques referentes a 1 mês antes da data do serviço ou uma carta da empresa que fornece a pensão, declarando seu benefício bruto mensal;

- Se você mora com seus pais, namorado(a), amigo(a) etc, precisaremos de uma carta assinada por essa pessoa informando o endereço, número de telefone, a relação com você e há quanto tempo você mora com a pessoa;
- Se aplicável, precisaremos de uma cópia dos documentos de divórcio com informações sobre pensão alimentícia; e
- Se seu filho tiver entre 18 e 21 anos e for estudante universitário em tempo integral, ou se você tiver 22 anos ou mais e for estudante universitário em tempo integral, forneça a documentação dos prêmios financeiros dos semestres atual e anterior.

## VI. Procedimentos

Antes de passarem pela triagem do Charity Care, os solicitantes deverão passar por uma triagem para determinar sua potencial qualificação para receber benefícios de seguros de terceiros ou programas de assistência médica que podem ser destinados ao pagamento da conta do hospital. Os pacientes não serão considerados qualificados para o Charity Care até que se determine que não são qualificados para nenhum outro programa de assistência médica (ou seja, Medicaid, Seguridade Social).

Se um indivíduo não se qualificar para nenhum outro programa de assistência médica, ele passará pela triagem do Charity Care. Se um paciente atender aos critérios para receber 100% do Charity Care, o desconto para não segurado não se aplicará (os custos já serão totalmente cobertos).

Se um paciente for considerado qualificado para receber auxílio parcial do Charity Care, o paciente receberá sua Carta de determinação para tal (que tem validade de um ano de acordo com as diretrizes estaduais).

### *Processo para Solicitações Incompletas:*

Caso não seja possível determinar imediatamente a qualificação para o FAP, os Consultores Financeiros pedirão informações adicionais ao solicitante. O JHNJ fornecerá ao solicitante a notificação por escrito que descreve a documentação/informações adicionais necessárias para determinar a qualificação para o FAP e fornecer ao paciente um período razoável (30 dias) para fornecer a documentação solicitada. Durante este tempo, o JHNJ ou quaisquer terceiros que estejam atuando em seu nome suspenderão quaisquer medidas de ECA adotada anteriormente para receber pagamentos até que seja determinada a qualificação para a FAP.

### *Processo para Solicitações Completas:*

Após uma Solicitação completa ser recebida, o JHNJ irá:

- Suspender quaisquer ECAs contra o indivíduo (quaisquer terceiros atuando em nome do JHNJ também suspenderão medidas de ECA adotadas);
- Realizar e documentar uma determinação de qualificação para FAP de maneira pontual; e
- Notificar a parte ou o indivíduo responsável, por escrito, da determinação e do motivo para ela.

Um indivíduo considerado qualificado para receber assistência financeira será notificado por escrito de uma determinação favorável. De acordo com o IRC §501(r), o JHNJ irá também:

- Fornecer um demonstrativo de cobrança indicando o valor que o indivíduo qualificado para FAP deve, como esse valor foi determinado e como é possível obter informações relacionadas ao AGB, se aplicável;
- Reembolsar quaisquer pagamentos feitos em excesso pelo indivíduo; e
- Trabalhar com terceiros atuando em nome do JHNJ para adotar todas as medidas disponíveis razoáveis para reverter quaisquer ECAs adotadas anteriormente contra o paciente para receber a dívida.

## VII. Base para calcular os valores cobrados

A seguir, é descrita a base para calcular o valor cobrado de indivíduos qualificados para FAP para assistência total ou parcial de acordo com esta política.

### Charity Care

Se um paciente se qualificar para o Charity Care, os gastos pagos pelo paciente serão determinados usando a Lista de tarifas do departamento de saúde de Nova Jersey (New Jersey Department of Health Fee Schedule), mostrada a seguir.

Renda como percentual nas diretrizes de renda para pobreza do HHS	Percentual da cobrança a ser pago pelo paciente
Menor ou igual a 200%	0%
Maior que 200%, mas menor ou igual a 225%	20%
Maior que 225%, mas menor ou igual a 250%	40%
Maior que 250%, mas menor ou igual a 275%	60%
Maior que 275%, mas menor ou igual a 300%	80%
Maior que 300%	100%

Se pacientes que estão dentro da escala de tarifa de 20% a 80% forem responsáveis por gastos médicos pagos com valor superior a 30% de sua renda anual bruta (ou seja, contas não pagas por outras partes), o valor superior a 30% será considerado assistência para pagamento de atendimento médico.

### Desconto para não segurados

De acordo com a lei P.L. 89-97 (42.U.S.C.s.1395 et seq), serão cobrados de indivíduos qualificados valores que representam menos de 115% da tarifa de pagamento aplicável de acordo com os programas de Medicare federais ou o AGB (conforme descrito abaixo) pelos serviços de atendimento médico fornecidos ao paciente.

### AGB

De acordo com o IRC §501(r)(5), o JHNJ utiliza o Método de atualização para calcular o AGB. O percentual do AGB é calculado anualmente dividindo a soma do valor de todas as solicitações de atendimento emergencial ou outros atendimentos necessários que foram aprovadas para a taxa de serviço do Medicare + todas as seguradoras de saúde privadas (comercial) em um período de 12 meses, pelas cobranças brutas associadas a essas solicitações. O percentual de AGB aplicável é aplicado às cobranças brutas para determinar o AGB.



O percentual do AGB calculado, bem como uma descrição do cálculo, é disponibilizado mediante solicitação sem custo adicional telefonando para o coordenador de assistência financeira do JHNJ no número (856)346-7873.

Não será cobrado de qualquer indivíduo considerado qualificado para receber assistência financeira conforme esta FAP mais do que o AGB por serviços de atendimento considerados necessários. Todo indivíduo qualificado para a FAP sempre será cobrado o menor valor entre o AGB ou qualquer desconto disponível de acordo com esta política.

## **VIII. Publicação ampla**

A FAP, a Solicitação e o PLS estão disponíveis on-line no seguinte site: <https://www.kennedyhealth.org/patients/preparing-your-visit/financial-assistance>

Cópias impressas da FAP, da Solicitação e do PLS estão disponíveis mediante solicitação, sem custos, para envio por correio e estão disponíveis em diversos setores das instalações do JHNJ. Isso inclui, entre outros, salas de emergência e áreas de registro/internação de pacientes.

Será oferecida a todos os pacientes do JHNJ uma cópia do PLS como parte do processo de admissão. No caso de situações de emergência, o PLS será oferecido ao paciente durante o processo de registro, após o paciente receber o atendimento médico necessário.

Placas ou cartazes informando o paciente sobre a disponibilidade de assistência financeira serão posicionados de forma visível em áreas públicas, inclusive nas salas de emergência e em áreas de registro/internação de pacientes.

O JHNJ faz esforços razoáveis para informar membros da comunidade sobre a disponibilidade de assistência financeira conversando com membros da comunidade sobre a disponibilidade de assistência financeira no JHNJ durante eventos para a comunidade promovidos durante o ano (como feiras de saúde, triagens, sessões informativas etc.)

A FAP, a Solicitação e o PLS do JHNJ estão disponíveis em inglês e no idioma principal de populações com proficiência limitada em inglês ("LEP") que constituem menos de 1.000 indivíduos ou 5% da comunidade atendida na região de atendimento principal do JHNJ.

### **Política de faturamento e cobrança**

#### **I. Finalidade**

Garantir que todas as práticas de faturamento, crédito e cobrança ocorram de acordo com todas as leis, regulamentos, diretrizes e políticas federais, estaduais e locais.

#### **II. Política**

É política do JHNJ manter a conformidade e a precisão com relação a atividades de faturamento e cobrança. O objetivo de atender aos critérios nesta política pode ser cumprido seguindo os procedimentos definidos neste documento.

#### **III. Procedimentos**

Após a solicitação de um paciente ser processada por seu seguro, as contas do paciente são transferidas para o processo de "liberação adiantada" do JHNJ. Neste período, o JHNJ envia ao paciente uma fatura indicando sua responsabilidade. Além disso, se o paciente não tiver cobertura de terceiros, ele receberá uma fatura indicando sua responsabilidade. Este será o primeiro demonstrativo de faturamento pós-alta do paciente. A data nesse demonstrativo será a data de início dos períodos de solicitação e notificação (definidos acima).

Durante esse período, terceiros atuando em nome do JHNJ poderão entrar em contato com o paciente por telefone para cobrar o pagamento. Nenhuma medida de ECA será adotada contra o paciente enquanto a conta estiver no período de liberação adiantada.

Após o paciente receber o primeiro demonstrativo de faturamento pós-alta, o JHNJ enviará 3 demonstrativos adicionais (total de 4 demonstrativos de faturamento em intervalos de 30 dias).

Se o pagamento não for recebido após os 3 demonstrativos de faturamento (90 dias após a data do primeiro demonstrativo de faturamento pós-alta), o JHNJ enviará uma carta informando o paciente por escrito de que a conta será enviada para cobrança se o pagamento não for recebido em 30 dias. Além disso, a carta incluirá as ações de ECA (definidas acima) que poderão ocorrer após a conta do paciente ir para cobrança. A notificação por escrito também incluirá uma cópia do PLS.

Após o vencimento do período de notificação, o JHNJ enviará a conta do paciente para cobrança. As técnicas da agência de cobrança para receber o pagamento incluirão telefonemas, cartas e determinadas ECAs. Todas as suas atividades serão completamente documentadas no sistema de cobrança e seguirão todas as diretrizes dos regulamentos estaduais que regem agências de cobrança.

Se, depois disso, as agências de cobrança não tiverem sucesso (por um período que não deve ultrapassar 180 dias), a conta do paciente será devolvida ao JHNJ. No momento em que a conta for devolvida, a agência de cobrança incluirá toda a documentação de suas atividades e descobertas ao se comunicar com o paciente, bem como a data da devolução da conta ao JHNJ.

#### **IV. Conformidade com o IRC §501(r)(6)**

De acordo com o IRC §501(r)(6), o JHNJ não adota nenhuma medida de ECA antes do vencimento do período de notificação.

Após o período de notificação, o JHNJ, ou quaisquer terceiros atuando em seu nome, poderá dar início às seguintes medidas de ECA contra um paciente em decorrência de um saldo devedor caso uma determinação de qualificação para a FAP não tenha sido feita ou se o indivíduo não se qualificar para assistência financeira.

- Divulgar informações negativas sobre o indivíduo a agências de relatório de crédito do consumidor ou escritórios de crédito;
- Penhorar a propriedade do indivíduo;
- Iniciar um processo civil contra o indivíduo; e
- Reter o salário do indivíduo.

O JHNJ pode autorizar terceiros a iniciarem ECAs com referências a contas de pacientes devedores após o Período de Notificação. Eles garantirão que esforços razoáveis tenham sido realizados para determinar se o indivíduo se qualifica para assistência financeira de acordo com esta FAP e adotarão as seguintes medidas pelo menos 30 dias antes de iniciar qualquer ECA:

1. O paciente receberá uma notificação por escrito que:
  - (a) Indica que assistência financeira está disponível para pacientes qualificados;
  - (b) Identifica as ECA(s) que o JHNJ pretende iniciar para receber o pagamento pelo atendimento; e
  - (c) Indica o prazo após o qual essas ECAs poderão ser iniciados.
2. O paciente recebeu uma cópia do PLS com a notificação por escrito; e
3. Esforços razoáveis foram realizados para notificar oralmente o indivíduo sobre a FAP e sobre como o indivíduo pode obter assistência com o processo de Solicitação de assistência financeira.

O JHNJ, bem como fornecedores terceirizados atuando em seu nome, aceitará e processará todas as Solicitações de assistência financeira disponíveis segundo esta política enviadas durante o período de solicitação. O departamento de ciclo de receita tem autoridade final para determinar que o JHNJ realizou esforços razoáveis para informar o paciente da disponibilidade de assistência financeira antes de iniciar ações de cobrança extraordinárias.

## Anexo A: Lista de fornecedores

A Política de assistência financeira se aplica ao Jefferson Cherry Hill Hospital, ao Jefferson Stratford Hospital e ao Jefferson Washington Township Hospital Determinados médicos e outros fornecedores de atendimento à saúde que fornecem serviços dentro desses hospitais não são obrigados a seguir esta Política de assistência financeira.

A seguinte lista informa os fornecedores, por especialidade, que fornecem serviços emergenciais ou outros serviços de atendimento à saúde necessários dentro das instalações hospitalares que não são cobertos por esta FAP.

- Alergia/imunologia
- Anestesiologia
- Cardiologia
- Cirurgia colorretal
- Atendimento crítico
- Dermatologia
- Medicina de emergência
- Saúde do trabalhador
- Endocrinologia
- Médico de família
- Gastroenterologia
- Odontologia geral
- Medicina interna geral
- Cirurgia geral
- Geriatria
- Ginecologia endócrina
- Ginecologia oncológica
- Hematologia/Oncologia
- Doenças infecciosas
- Medicina materno-fetal
- Exames médicos por imagem
- Neonatologia
- Nefrologia
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Obstetria/Ginecologia
- Optometria
- Oftalmologia
- Cirurgia oral
- Cirurgia ortopédica
- Osteopatia
- Otorrinolaringologia
- Medicina da dor
- Patologia
- Alergia e imunologia pediátrica
- Cardiologia pediátrica
- Medicina de emergência pediátrica
- Neurologia pediátrica
- Pediatria
- Medicina e reabilitação física
- Plástica e reconstrução
- Podologia
- Psiquiatria
- Medicina pulmonar/de atendimento crítico
- Oncologia de radiação
- Reumatologia
- Medicina esportiva
- Telemedicina
- Cirurgia torácica
- Urologia
- Cirurgia vascular

- Atualmente, não há prestadores que fornecem serviços emergenciais ou outros serviços de atendimento à saúde necessários dentro das instalações hospitalares da organização que são cobertos por esta FAP. Muitos desses fornecedores têm as próprias políticas de assistência financeira.

Observe que o Jefferson Medical Group ("JMG") mantém a própria política de assistência financeira. Além disso, o JMG atende às determinações referentes ao Charity Care de Nova Jersey feitas pelo JHNJ.