

**MERIDIAN HEALTH SYSTEM, INC.**  
**MANUAL DE POLÍTICA**

**POLÍTICA SOBRE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA, ATENDIMENTO DE  
EMERGÊNCIA E LIMITAÇÃO DE DÉBITOS POR CERTOS HOSPITAIS DO  
SISTEMA**

|                          |                        |                     |   |
|--------------------------|------------------------|---------------------|---|
| Data de vigência:        | 1 de julho de 2012     | Número da política: | MH-PACOMP-0080                                      |
| Data da revisão:         | 30 de junho de 2016    | Aprovado por:       | Vice-Presidente de Serviços Financeiros a Pacientes |
| Data da próxima revisão: | 30 de setembro de 2016 | Referência cruzada: | MH-PACOMP-0081                                      |

## **I. FINALIDADE**

Assegurar que a Meridian Health System, Inc. (“Meridian Health”) e certas instalações hospitalares licenciadas de propriedade de suas afiliadas (denominadas coletivamente no presente como o “**Sistema**” e cada afiliada denominada no presente como uma “**Entidade do Sistema**”) estejam em conformidade com as leis estaduais e federais aplicáveis que regem o fornecimento de atendimento médico de emergência, assistência financeira e limitação de valores debitados em contas de pacientes que se qualifiquem para assistência financeira. A presente Política deve ser aplicada às seguintes instalações hospitalares licenciadas dentro do Sistema (outras instalações hospitalares do Sistema estão sujeitas a outras políticas):

- Bayshore Community Hospital – BCH (Holmdel)
- Jersey Shore University Medical Center – JSUMC (Neptune)
- K. Hovnanian Children’s Hospital (Neptune)
- Ocean Medical Center – OMC (Brick)
- Raritan Bay Medical Center (Old Bridge e Perth Amboy)
- Riverview Medical Center – RMC (Red Bank)
- Southern Ocean Medical Center – SOMC (Manahawkin)

Para os fins da presente política, o termo “paciente” significa a pessoa que recebe atendimento médico ou o seu fiador.

## **II. TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA**

É política do Sistema, de suas instalações e de todos os médicos com privilégios de internação, incluindo Pronto-Socorro, Trauma, Radiologia, Patologia, Anestesiologia ou qualquer provedor que forneça atendimento clinicamente necessário, cumprir com os padrões da Lei sobre Tratamento Médico de Emergência e Trabalho de Parto (“**EMTALA**”) de 1986 e normas correspondentes no fornecimento de exame de triagem e tratamento adicional conforme necessário para estabilizar um quadro clínico de emergência para qualquer indivíduo que chegue

ao Departamento de Emergência em busca de tratamento, independentemente do quadro clínico ou psiquiátrico do indivíduo, sua raça, religião, idade, gênero, cor, origem nacional, condição migratória, orientação sexual, deficiência ou capacidade de pagamento. A Meridian Health proíbe ações que incentivem os indivíduos a não procurar atendimento de emergência, tais como (i) exigir pagamento antes do tratamento no Departamento de Emergência, ou (ii) atividades de cobrança de dívidas que interfiram com o fornecimento de tratamento de emergência.

### **III. ASSISTÊNCIA FINANCEIRA**

O Sistema, suas instalações e qualquer médico empregado ou contratado para o fornecimento de atendimento clínico a pacientes (incluindo o Departamento de Emergência, Trauma, Radiologia, Patologia, Anestesiologia ou especialistas hospitalares e de tratamento intensivo) devem cumprir a presente política. O Anexo A apresenta uma lista completa da participação dos departamentos por hospital.

O Sistema fornecerá assistência financeira aos pacientes de diversas formas, incluindo nos termos de certos programas federais e estaduais, o Programa de Assistência para Pagamento de Atendimento Hospitalar de NJ (“Atendimento de Caridade”) e a disposição do Sistema de descontos para pacientes não segurados.

O Atendimento de Caridade está disponível para aqueles que não se qualifiquem para os programas estaduais ou federais. Pacientes com renda de até 300% do Nível de Pobreza Federal (FPL, *Federal Poverty Level*) são elegíveis para o programa de Atendimento de Caridade de Nova Jersey de acordo com as normas estabelecidas no Código Administrativo de Nova Jersey (NJAC, de *New Jersey Administrative Code*) 10:52, Subcapítulos 11, 12, 13. Reinvocações de benefícios para indivíduos elegíveis para cobertura sob o programa de Atendimento de Caridade de NJ são adjudicadas através do Fundo de Alívio de Subsídios de Saúde de NJ. As contas do Atendimento de Caridade são informadas ao Estado de Nova Jersey com os valores brutos de débito para a valoração do subsídio.

Os limites de cobrança para não segurados estão em conformidade com a NJ P.L.2008 c.60. Pacientes que não se qualifiquem para os programas estaduais ou federais de seguro de saúde nem para o programa de Atendimento de Caridade de NJ são elegíveis a preços para não segurados com tarifas reduzidas.

As Entidades do Sistema garantirão que qualquer paciente elegível para o Atendimento de Caridade ou descontos para não segurados de acordo com a presente política não seja cobrado acima dos Montantes Normalmente Faturados (AGB, *Amounts Generally Billed*) daqueles que possuem cobertura de seguro para tal atendimento. No caso de pacientes elegíveis para o Atendimento de Caridade, o AGB será determinado futuramente utilizando as tarifas do Medicaid então em vigor. No caso de pacientes elegíveis a descontos para não segurados, o AGB será determinado futuramente utilizando os valores das tarifas por serviço do Medicare então em vigor. Um extrato de faturamento indicará os valores brutos debitados como ponto de partida para abatimentos, descontos e deduções.

Todos os pacientes não segurados serão submetidos a triagem por um Conselheiro de Assistência Financeira da Meridian Health para determinar a sua qualificação para algum seguro antes da determinação do Atendimento de Caridade. O processo de triagem não ocorrerá até que o paciente tenha sido avaliado e estabilizado por um médico. Além disso, uma Entidade do Sistema pode solicitar um relatório de crédito para pacientes que indiquem que não possuem renda ou daqueles que sejam profissionais autônomos. A seguir se apresenta um resumo dos diferentes programas para os quais os indivíduos serão triados:

- **Mercado de Seguro de Saúde:** em conformidade com a Lei de Acessibilidade à Saúde, os Conselheiros de Aplicação Certificados da Meridian Health realizarão a triagem dos pacientes para determinar se são elegíveis a comprar seguro através do Mercado e/ou receber um subsídio do Governo Federal para auxiliar com a compra de seguro.
- **Medicaid:** Os Conselheiros de Assistência Financeira da Meridian Health auxiliarão aqueles pacientes que satisfizerem os critérios de elegibilidade com o processo de requerimento. Há diversos tipos de Medicaid disponíveis através do Departamento de Saúde de NJ. Ajudaremos a determinar o programa mais adequado às circunstâncias do paciente.
- **SSI-Medicaid:** Suplementa os benefícios do Medicaid com uma remuneração mensal que pode ajudar com as necessidades básicas. Há assistência disponível no local para auxiliar pacientes internados e certos pacientes ambulatoriais que satisfaçam os critérios de elegibilidade com o processo de requerimento.
- **Atendimento Familiar de NJ (NJFC, NJ Family Care):** Programa de seguro dedicado a fornecer cobertura para adultos e crianças com até 138% da FPL. Os Conselheiros de Assistência Financeira da Meridian Health auxiliarão com o preenchimento da requisição on-line.
- **Elegibilidade Presumida – Medicaid:** Cobertura temporária uma vez por ano para pessoas que satisfaçam alguns critérios básicos de elegibilidade para que suas despesas de saúde possam ser cobertas enquanto o Atendimento Familiar de NJ é determinado pelo Estado de NJ. Os Conselheiros de Assistência Financeira da Meridian Health auxiliarão com o preenchimento da requisição.
- **Atendimento de Caridade – Programa de Assistência para Pagamento de Atendimento Hospitalar de NJ:** Proporciona assistência apenas para cobrir os custos de serviços hospitalares. O paciente deve apresentar uma carta de rejeição do NJFC, a qual identifique que o paciente foi rejeitado pelo NJFC por estar acima da renda máxima ou por não cumprir as exigências de residência/outras exigências de acordo com as normas do NJFC. Rejeição devido à falta de conformidade com o NJFC não é suficiente para a concessão do Atendimento de Caridade. Os pacientes devem fornecer documentação de renda, tamanho da família e informações sobre bens com base nas normas estabelecidas no NJAC 10:52, Subcapítulos 11, 12, 13. Os pacientes que solicitem assistência financeira serão encaminhados a um Conselheiro de Assistência Financeira no local para análise.
- **Tarifas Reduzidas para Não Segurados:** veja a seguir.

#### IV. EXIGÊNCIAS PARA ELEGIBILIDADE A ATENDIMENTO DE CARIDADE

O Programa de Assistência para Pagamento de Atendimento Hospitalar de Nova Jersey (Assistência para Atendimento de Caridade) é um atendimento gratuito ou com tarifas reduzidas fornecido a pacientes que recebam serviços para pacientes internados e ambulatoriais em hospitais de tratamento de casos críticos em todo o Estado de Nova Jersey. O Atendimento de Caridade está disponível para atendimento hospitalar de emergência e clinicamente necessário. Em conformidade com o Código Administrativo de Nova Jersey 10:49-5.1, a necessidade clínica

do quadro do paciente é determinada pelo médico que realiza o atendimento ou outro profissional médico e de acordo com os padrões geralmente reconhecidos por profissionais de saúde e promulgados através do programa Medicaid de Nova Jersey. Receitas médicas ambulatoriais e outros atendimentos de acompanhamento são separados dos débitos hospitalares e não são elegíveis para redução sob o programa de Atendimento de Caridade. A necessidade financeira é determinada de acordo com o NJAC 10:52, Subcapítulos 11, 12, 13 – Requerimentos, aprovação, faturamento e processamento do Atendimento de Caridade.

A Assistência para Atendimento de Caridade está disponível para residentes de Nova Jersey que:

1. Não possuem nenhuma cobertura de saúde ou possuem alguma cobertura que pague apenas parte da conta;
2. Não forem elegíveis para nenhuma cobertura particular ou patrocinada pelo governo (tal como o Medicaid); e
3. Satisfizerem os critérios de renda e bens apresentados a seguir.

O Atendimento de Caridade também está disponível para pessoas não residentes em Nova Jersey com relação a apenas uma data de serviço, sujeito a disposições específicas, e não é válido por um período.

**A. Critérios de renda:** Renda familiar inclui salários, remunerações, receita de empresas ou investimentos que sejam declaráveis para fins fiscais. Os membros da família incluem o/a requerente, o/a cônjuge, quaisquer filhos menores sustentados pelo/a requerente e quaisquer adultos pelos quais o/a requerente for legalmente responsável. O link a seguir para o site Medicaid.gov fornece informações a respeito do nível de pobreza federal. <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/eligibility/eligibility.html>

| <u>Renda como porcentagem de Diretrizes de Renda de Pobreza do Departamento de Saúde e Serviços Humanitários (HSS)</u> | <u>Porcentagem da tarifa do Medicaid Paga pelo paciente</u> |
|--|---|
| Menor ou igual a 200%  | 0% da tarifa do Medicaid                                    |
| Acima de 200%, mas menor ou igual a 225%   | 20% da tarifa do Medicaid                                   |
| Acima de 225%, mas menor ou igual a 250%   | 40% da tarifa do Medicaid                                   |
| Acima de 250%, mas menor ou igual a 275%   | 60% da tarifa do Medicaid                                   |
| Acima de 275%, mas menor ou igual a 300%   | 80% da tarifa do Medicaid                                   |
| Acima de 300%  | Tarifas reduzidas para não segurados                        |

Não haverá nenhuma obrigação financeira para os pacientes incluídos em 20% a 80% da tabela progressiva de tarifas cujos saldos restantes (ou seja, os montantes a serem pagos pelo paciente) ultrapassem 30% de sua renda anual bruta. Montantes acima do limite de 30% serão completamente desconsiderados.

## **B. Critérios de bens**

Os bens individuais não podem ultrapassar US\$ 7.500 e os bens familiares não podem ultrapassar US\$ 15.000. Bens são itens que são ou poderiam ser facilmente convertidos em dinheiro. Isso inclui, mas não limita-se a, dinheiro, contas correntes ou de poupança, certificados de depósito, letras do tesouro, títulos negociáveis, ações e títulos corporativos, contas de aposentadoria individual (IRA, *Individual Retirement Account*), fundos fiduciários e participação patrimonial em imóveis fora a residência primária do/a requerente ou da família, se aplicável. Se os bens do/a requerente ultrapassarem esses limites, ele/ela pode “reduzir o montante” dos bens até os limites elegíveis através do uso do excedente para o pagamento da fatura hospitalar e outras despesas médicas próprias aprovadas.

## **C. Método utilizado para a determinação dos Montantes Geralmente Faturados (AGB) para atendimento de emergência ou clinicamente necessário**

Os preços para as requisições de benefícios de Atendimento de Caridade para pacientes ambulatoriais e internados em hospitais do Sistema são estabelecidos com base nos preços do programa Medicaid de Nova Jersey e nas políticas do programa para serviços hospitalares para pacientes ambulatoriais e internados com base no NJAC 10:52-1.6, Serviços cobertos (serviços para pacientes ambulatoriais e internados) e no NJAC 10:52-4, Base de pagamento. Para fins das leis fiscais federais, o AGB para tais serviços será determinado em base futura, utilizando as tarifas aplicáveis do Medicaid então em vigor. Pacientes que se qualifiquem para menos do que a anulação completa da dívida serão cobrados uma porcentagem das tarifas aplicáveis do Medicaid. De maneira correspondente, todos os pacientes que recebam Atendimento de Caridade serão cobrados menos do que o AGB.

Os extratos de faturamento emitidos para os pacientes que se qualifiquem para o Atendimento de Caridade indicarão os valores brutos debitados como ponto de partida para abatimentos, descontos e deduções.

## **V. MÉTODO PARA REQUERER O ATENDIMENTO DE CARIDADE DE NJ**

O Sistema segue as exigências de notificação dos pacientes a respeito de Programas de Assistência Financeira disponíveis para pacientes que sejam elegíveis para programas de assistência baseados nas normas estabelecidas no NJAC 10:52, Subcapítulos 11, 12, 13.

A solicitação de Atendimento de Caridade e a determinação de necessidade financeira podem ser realizadas a qualquer momento, a partir de quando o paciente espera uma consulta médica até dois anos após da data do serviço. A elegibilidade é a partir da data do serviço e a duração da elegibilidade baseia-se no tipo de caridade recebida (veja a seguir).

- Caridade apenas para Pronto-Socorro: para pacientes internados através do Pronto-Socorro, válida apenas para aquela internação.
- Caridade de três meses para paciente ambulatorial/em observação: pacientes que se qualifiquem para o NJFC. Esse tipo de Atendimento de Caridade cobre os pacientes por quaisquer serviços adicionais que necessitem do hospital pelos três meses seguintes enquanto aguardam a aprovação do NJFC.
- Até um ano, não extensível após a data do próximo período de inscrições abertas para o Mercado de Seguros de Saúde: para pacientes que não se qualificariam para o NJFC (ou seja, já possuem seguro sem cobertura secundária, não

documentados, Medicare sem cobertura secundária, indivíduos que se qualificariam para o Mercado, mas não podem requerer porque o Mercado está fechado).

Os requerimentos de Atendimento de Caridade e os dados de contato dos departamentos estão disponíveis em todas as instalações das Entidades do Sistema e na página <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>, e os funcionários do hospital possuem os dados de contato. As Entidades do Sistema mantêm escritórios de assistência financeira nos seguintes locais: Jersey Shore University Medical Center, Neptune, NJ; Ocean Medical Center, Brick, NJ; Riverview Medical Center, Red Bank, NJ; Southern Ocean Medical Center, Manahawkin, NJ; Bayshore Community Hospital, Holmdel, NJ; Meridian Family Health Center, Neptune, NJ; Jane H Booker Family Health Center, Neptune, NJ; Booker Behavioral Health Center, Shrewsbury, NJ; Parkway 100 Behavioral Health Center, Neptune, NJ; e Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ. Os Conselheiros de Assistência Financeira estão disponíveis nesses locais para fazer entrevistas e responder perguntas, além de auxiliar com o preenchimento dos formulários de requerimento. Para marcar um horário, os requerentes devem ligar para (732) 732-212-6505. Os requerentes devem fornecer um requerimento preenchido de Atendimento de Caridade à Entidade relevante do Sistema. Os documentos exigidos incluem identificação, comprovante de residência em Nova Jersey desde o momento do serviço e intenção de permanência no Estado, comprovante de renda de um mês anterior à data do serviço, extratos bancários que incluam o saldo na data do serviço e um requerimento assinado certificando a data de apresentação. Os requerimentos preenchidos podem ser enviados por correio, e-mail, entregues pessoalmente ou transcritos pelo telefone (com a assinatura original posteriormente) a qualquer instalação das Entidades do Sistema.

Após o recebimento de toda a documentação exigida, o requerimento será processado imediatamente e o requerente será informado a respeito do status não mais de dez dias após o recebimento. Se o requerimento não incluir documentação suficiente para a realização da determinação, o requerente será notificado por escrito em até dez dias úteis sobre o que é necessário para completar o requerimento. Em última instância, todos os requerentes receberão uma determinação por escrito. Se for determinado que o paciente é elegível para atendimento com desconto, mas não gratuito, o paciente receberá um extrato de faturamento indicando o valor que deve pagar pelo atendimento e como ele foi determinado.

Um requerente ou responsável pode apresentar um requerimento preenchido para a determinação do Atendimento de Caridade em qualquer momento até 24 meses após a data do serviço para paciente ambulatorial ou alta de paciente internado.

Uma Entidade do Sistema pode conceder Atendimento de Caridade com base em evidências além das descritas no Processo de Assistência Financeira/Atendimento de Caridade e pode ser concedido com base na certificação assinada, mesmo que o Processo de Assistência Financeira ou o requerimento de Atendimento de Caridade não descreva tais evidências. As informações de um indivíduo podem ser obtidas por escrito ou oralmente (ou em uma combinação de ambas as formas). Uma Entidade do Sistema pode conceder assistência com base em informações fornecidas pelo indivíduo em requerimentos de Atendimento de Caridade anteriores se tais informações forem relevantes para o requerimento atual. Uma Entidade do Sistema pode utilizar as informações de serviços de proteção ao crédito ou outras fontes externas.

Pacientes que se qualifiquem para o Atendimento de Caridade com tarifas reduzidas, mas não gratuitas, não terão debitados os valores totais de nenhum saldo devedor. O paciente será

cobrado 20%, 40%, 60% ou 80% da tarifa de reembolso do Medicaid, dependendo da análise financeira.

Requerentes rejeitados para o Atendimento de Caridade serão notificados por escrito a respeito dos motivos para a rejeição e serão informados da disponibilidade de desconto para não segurados.

## **VI. PREÇOS PARA NÃO SEGURADOS COM TARIFAS REDUZIDAS**

As Entidades do Sistema manterão preços para Pagamento Individual por Não Segurado para pacientes que não tiverem seguro e não se qualificarem para o Atendimento de Caridade de NJ. Embora os honorários médicos possam se qualificar para o desconto do Atendimento de Caridade, tais honorários não são elegíveis para o desconto de Pagamento Individual por Não Segurado. Os serviços hospitalares cobertos pelos preços para Pagamento Individual por Não Segurado incluem internação, cirurgia ambulatorial, obstetrícia, serviços recorrentes, procedimentos ambulatoriais, departamento de emergência, testes ambulatoriais de diagnóstico e serviços laboratoriais, e não incluem serviços cosméticos nem outros serviços não clinicamente necessários. Os Preços para Pagamento Individual serão mantidos por um comitê formado por representantes de Serviços Financeiros aos Pacientes, Serviços de Acesso, Contabilidade de Pacientes e Administração.

Os preços para pacientes não segurados que não se qualifiquem para o Atendimento de Caridade serão baseados nos valores de reembolso das tarifas por serviço do Medicare. O AGB para serviços de emergência e clinicamente necessários fornecidos a pacientes não segurados será determinado em base futura, utilizando os valores das tarifas por serviço aplicáveis do Medicare então em vigor (considerando o valor total a ser pago pelo Medicare e o paciente, se o paciente for beneficiário do Medicare). De maneira correspondente, nenhum paciente que receba desconto para não segurados terá um débito acima do AGB.

Os extratos de faturamento fornecidos aos pacientes que receberem desconto para não segurados indicarão os valores brutos debitados como ponto de partida para abatimentos, descontos e deduções.

A lista de valores padrão é apenas para pacientes que não possuem seguro. No momento em que marcar uma consulta não de emergência, do pré-registro ou registro no hospital, qualquer paciente que não possuir seguro será:

- a. Avisado do valor da tarifa por serviço do Medicare para os serviços esperados e deverá pagar antecipadamente utilizando cartão de crédito, dinheiro ou cheque.
- b. Aconselhado, se não puder pagar antecipadamente, a marcar uma reunião com um Conselheiro Financeiro da Meridian Health para determinar se o indivíduo satisfaz os critérios para o Atendimento Familiar de NJ ou o Atendimento de Caridade. Esses indivíduos podem ter que adiar suas consultas até que o processo de triagem/requerimento termine.

Qualquer paciente com pagamento individual que pagar antecipadamente o valor estimado de uma cirurgia ambulatorial, internação, obstetrícia ou serviço recorrente será avisado que o pagamento antecipado é considerado uma estimativa da cobrança. As tarifas e cobranças reais podem variar com base nas condições individuais e resultados clínicos. A fatura será revista pela Contabilidade de Pacientes e o paciente receberá a fatura do saldo de acordo com os valores das tarifas por serviço do Medicare para cobranças adicionais.

## **VII. MEDIDAS PARA A AMPLA DIVULGAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA NA COMUNIDADE**

Em um esforço para garantir que a comunidade atendida pelo Sistema esteja ciente dos Programas de Assistência Financeira/Atendimento de Caridade, um aviso bem visível a respeito da disponibilidade de todos os programas aparece em todos os extratos de faturamento e cartas de cobrança (incluindo um número de telefone para a obtenção de informações a respeito da Política de Assistência Financeira e do processo de requerimento, assim como o site onde se encontram a Política de Assistência Financeira, o requerimento e o Resumo em Linguagem Clara).

Avisos relacionados a assistência financeira são afixados em prontos-socorros, centros de atendimento de urgência, departamentos de internação e registro, assim como nos escritórios de serviços financeiros a pacientes localizados em cada instalação. Cópias impressas da presente Política, do Resumo em Linguagem Clara da presente Política (veja Anexo B) e do requerimento de assistência financeira estão disponíveis em todos esses locais. Os materiais anteriores (juntamente com a Política de Faturamento e Cobrança do Sistema) estão disponíveis em inglês e em todas os outros idiomas que atinjam o menor limite entre 1.000 ou 5% da comunidade, conforme aplicável a cada hospital do Sistema. As Entidades do Sistema fornecem serviços linguísticos de interpretação e tradução e proporcionam informações para pacientes com comprometimentos de visão, fala, audição ou cognição de maneira que satisfaçam as necessidades do paciente. Conselheiros Financeiros participarão de programas de conscientização comunitária com o propósito de garantir que a disponibilidade de assistência financeira em conformidade com a presente política seja conhecida pelas populações que têm maior probabilidade de necessitar de tal assistência financeira. O Resumo em Linguagem Clara é disponibilizado e afixado em centros comunitários, igrejas, áreas com concentração de público e eventos da comunidade.

A presente Política (incluindo o Resumo em Linguagem Clara), o requerimento de assistência financeira e a Política de Faturamento e Cobrança do Sistema estão disponíveis no site da Meridian Health na página <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx> e na forma impressa gratuitamente mediante solicitação. O guia contém informações a respeito de todos os programas Medicaid de NJ, SSI Medicaid, Atendimento Familiar de NJ, Elegibilidade Presumida e Atendimento de Caridade.

## **VIII. POLÍTICA DE FATURAMENTO E COBRANÇA ESCRITA SEPARADA**

Se você não pagar a sua conta, estará sujeito a diversas ações de cobrança, incluindo ações extraordinárias de cobrança envolvendo processos legais ou judiciais (tais como decisões judiciais, gravames ou penhoras). Para obter mais informações, consulte a Política sobre Ações Extraordinárias de Cobrança do Sistema, que está disponível na página <http://www.meridianhealth.com/about-meridian/your-bill/index.aspx>.

## **IX. CARGO OU ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA IMPLEMENTAÇÃO E PELO CUMPRIMENTO DA POLÍTICA**

O Conselho de Curadores da Meridian Health concedeu ao Vice-Presidente de Finanças – Serviços Financeiros a Pacientes a faculdade de agir como responsável no hospital pela implementação e cumprimento da Política e dos procedimentos.